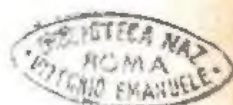


Conto corrente con la posta.

SUPPLEMENTO AL N. 6

del *Giornale Medico del Regio Esercito* — (ANNO XLVII)

QUADRO D'ANZIANITÀ
DEL
CORPO SANITARIO MILITARE
E DEI
FARMACISTI MILITARI
al 15 giugno 1899
VOLUME 1899 PARTE II



ENRICO VOGHERA
TIPOGrafo DELLE LL. MM. IL RE E LA REGINA

Roma, 1899.

INDICE

Prospetto numerico di tutti gli Ufficiali medici al 15 giugno 1909	Pag. 7
Ufficiali Medici dell'Esercito permanente	9
Ufficiali Medici in aspettativa.	27
Ufficiali di complemento in servizio	28
Farmacisti Militari.	31
Ufficiali Medici nella posizione di servizio ausiliario	36
Ufficiali Medici di riserva	39
Riparto degli ufficiali medici e dei farmacisti militari fra i diversi comandi, corpi ed uffici del regio esercito	49

Indice alfabetico	Pag. 73
-----------------------------	---------

SPIEGAZIONE

DEI SEGNI INDICANTI LE DECORAZIONI, ECC.

- GU ● Grande Ufficiale dell'Ordine dei Ss. Maurizio e Lazzaro.
- GU ✚ Grande Ufficiale della Corona d'Italia.
- C ● Commendatore dell'Ordine dei Ss. Maurizio e Lazzaro.
- C ✚ Commendatore dell'Ordine della Corona d'Italia.
- U ● Ufficiale dell'Ordine dei Ss. Maurizio e Lazzaro.
- U ✚ Ufficiale dell'Ordine della Corona d'Italia.
- Cavaliere dell'Ordine dei Ss. Maurizio e Lazzaro.
- ⊙ Cavaliere dell'Ordine Militare di Savoia.
- ✚ Cavaliere dell'Ordine della Corona d'Italia.
- Medaglia d'argento al valor militare.
- Medaglia d'argento al valor civile.
- Medaglia d'argento dorato pei benemeriti della salute pubblica.
- ⊙ Medaglia d'argento pei benemeriti della salute pubblica.
- ⊙ Medaglia di bronzo pei benemeriti della salute pubblica.
- Medaglia di bronzo al valor militare.
- Medaglia di bronzo al valor civile.
- ⊙ Medaglia commemorativa di Crimea.
- ✕ Medaglia commemorativa per le campagne dell'Indipendenza d'Italia (*).
- ⊙ Medaglia commemorativa per le campagne d'Africa (*).
- + Aiutante maggiore in 4°.
- 10. 11. 12. 13.

(*) I numeri esponenti indicano le campagne.

PROSPETTO numerico di tutti gli Ufficiali Medici al 15 giugno 1899.

GRADI	POSIZIONE										TOTALE GENERALE colonne 4 e 11	Annotazioni
	In servizio	Aspettativa	TOTALE colonne 3 e 4	Auxiliaria	Complemento		Milizia Mobile	Riserva	Milizia Territoriale	TOTALE colonne 5 a 10		
					In servizio	In congedo						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
Maggiori Generali	3	..	3	2	..	..	..	12	..	14	17	
Colonnelli	48	..	48	14	..	..	..	7	..	48	33	
Tenenti Colonnelli	28	..	28	6	..	..	..	9	..	15	43	
Maggiori	70	..	70	10	..	..	..	88	24	149	189	
Capitani	280	4	284	23	1	4	1	95	54	475	459	
Tenenti	156	4	160	2	..	537	..	434	492	862	1022	
Sottotenenti	22	1	23	..	139	1372	..	5	165	1684	1704	
TOTALE . . .	574	9	583	54	140	1913	1	347	429	2884	3467	

UFFICIALI MEDICI




Data di nascita	COGNOME E NOME	DESTINAZIONE o POSIZIONE	VARIAZIONI DURANTE L'ANNO
-----------------------	----------------	--------------------------------	---------------------------

Anno 18
Mese
Giorno





MAGGIORI GENERALI MEDICI




dal n. 1 al n. 2

3 marzo 1896

16. 3.36 Regis *Stefano*, U  G U 
O,  " " Ispett. capo

12 febbraio 1898




10. 9.38 Givogre *Gio. Battista*, U 
C    " " Ispettore

29. 4.38 Lal *Luigi*, U  C  O.
 " " " " Id.





COLONNELLI MEDICI




dal n. 1 al n. 3

16 gennaio 1896




23 7.39 Landolfi *Federico*,  U 
 Ispettore

11 ottobre 1896

1 7.38 Carasso *Giovanni*,   
O,  " " " " Dirett. sanità
III cor. d'ar.

7.12.38 Panara *Panfilo*,  U 
 " " " " Segr. ispett.
sanità mil.






8 giugno 1897

27. 8.44 Chiaiso *Alfonso*,  U 
 " " Dirett. sanità
IX cor. d'ar.

8. 4.42 De Renzi *Giuseppe*,  
   " " Dirett. sanità
VII cor. d'ar.














28. 3.39 Astegiano *Giovanni*,  
   " " Dirett. scuola
appl. san. mil.















27 ottobre 1897

15.12.43 Randone *Giovanni*,  
   " " Dirett. sanità
I cor. d'ar.














dal n. 1 al n. 13

19 maggio 1898

3. 3.44. Alvaro Giuseppe,   .
         . Dirett. sanità
 XII cor. d'ar.












24. 7.40. Libiola Luigi,    .
         . Dirett. sanità
 V cor. d'ar.

5 marzo 1899




16. 3.41 Carabba Raffaele,   .
         . Dirett. sanità
 VI cor. d'ar.



28.10.43 Pinto Antonio,    .
         . Dirett. sanità
 VI cor. d'ar.











9 aprile 1899

25.11.45 Manescalchi Ludovico, .
         . Dirett. sanità
 XI cor. d'ar.

4 giugno 1899

15. 1.45 Imbriaco Pietro,   . Dirett. sanità
 VIII cor. d'ar.













21. 1.45 Iandolo Costantino,  . Dirett. sanità
 X cor. d'ar.

12. 8.43 Lombardo Michele,  .
         . Dirett. sanità
 II cor. d'ar.



TENENTI COLONNELLI MEDICI

dal n. 1 al n. 1

30 aprile 1898










7. 3.43 Favre Giovanni,  .
         . Dirett. osp.
 Milano









2 luglio 1898

27. 3.44 Cervasio Salvatore,  . Dirett. osp.
 Salerno

11.11.44 Bianchi Leopoldo,          . Id. id. Livorno

18 ottobre 1898

11. 5.42 Adelasio Federico,         . Dirett. osp.
 Messina










24. 7.43 Bocchia Enrico,          . Id. id. Genova

26. 3.46 Morossi Giovanni,         . Id. id. Torino










6. 6.53 Ferrero di Cavallerione

Luigi,          . Id. id. Roma

24 dicembre 1898

18. 2.42 Forti Giuseppe,         . Dirett. osp.
 Chieti

8 giugno 1897

12. 3.48 Storza Claudio,         . Dirett. osp.
 Bologna

dal n. 20 al n. 27

8 giugno 1887

- 5.11.44 Musizzano *Luigi*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " Dirett. osp.
Alessandria
10.10.54 Sciumbata *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ Id. id. Firenze
7.11.49 Gozzano *Francesco*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " Id. id. Savigliano

27 ottobre 1887

- 22.10.50 Morino *Domenico*, $\frac{1}{2}$. . . Dirett. osp.
Ravenna

9 dicembre 1887

16. 9.43 Volino *Carmino*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " Dirett. osp.
Perugia
18. 3.49 De Furia *Silvio*, $\frac{1}{2}$. . . Id. id. Caserta
12. 2.50 Caporaso *Luigi*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$. . . Id. id. Napoli

9 gennaio 1888

15. 8.43 Baruffaldi *Liborio*, $\frac{1}{2}$. . . Dirett. osp.
Novara

9 marzo 1888

15. 8.45 Pabis *Roberto*, $\frac{1}{2}$. . . Dirett. osp.
Cagliari

18 maggio 1888

7. 9.43 Mezzadri *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " Dirett. osp.
Verona
23.10.46 Caradonna *Antonino*, $\frac{1}{2}$ Id. id. Padova

24 novembre 1888

28. 3.45 Morpurgo *Giacomo*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " Vice dirett.
sc. appl. san. mil.
16. 3.49 Masea *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$. . . Dirett. osp.
Brescia

5 marzo 1889

24. 8.54 Bobbio *Eugenio*, $\frac{1}{2}$. . . Dirett. osp.
Ancona
4. 11.46 Casalmi *Riccardo*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " Id. id. Catani

8 aprile 1889

9. 6.47 Fissore *Francesco*, $\frac{1}{2}$. . . Dirett. osp.
Piacenza

4 giugno 1889

19. 1.53 Susca *Vito*, $\frac{1}{2}$. . . Dirett. osp.
Bari
14. 7.49 Rava *Ernesto*, $\frac{1}{2}$. . . Id. id. Palermo
24. 9.46 Persichetti *Carlo*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Roma

MAGGIORI MEDICI

dal n. 1 al n. 10

17 luglio 1888

25. 1.46 Zingales *Antonino*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$. osp. Palermo
19. 4.49 Susca *Domenico*, $\frac{1}{2}$. . . Id. Roma
28.11.47 Tempo *Luigi*, $\frac{1}{2}$. . . Id. Novara

3 marzo 1894

11. 1.47 Sulo *Pietro*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Messina
27. 4.47 Zunini *Giovanni*, $\frac{1}{2}$. . . succ. Mantova

dal n. 1 al n. 40

3 aprile 1894

12 10.18 Guarnieri *Pietro*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Bari

13 dicembre 1894

4. 3.50 Bartella *Nicola*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Ancona28.11.52 Cavazzorea *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$. id. Verona4. 7.51 Hussone-Chiattone *Auto-*
nio, $\frac{1}{2}$ id. Livorno9.11.54 Quinzio *Cesare*, $\frac{1}{2}$. . . Sc. appl. san.
mil

7 marzo 1895

20. 2.51 Rossi *Augusto*, $\frac{1}{2}$. . . succ. Venezia10. 5.49 Crema *Giov. Battista*, $\frac{1}{2}$. osp. Savi-
gliano28.11.54 Pasquale *Ferdinando*, ● $\frac{1}{2}$ id. Salerno1. 4.47 Silvestri *Francesco*, $\frac{1}{2}$. id. Firenze

4 luglio 1895

15 12.49 Busanigo *Alberto*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Genova17.10.54 Neviani *Pio*, $\frac{1}{2}$. . . id. Bologna13. 1.51 Selicorni *Carlo*, ● $\frac{1}{2}$.

② succ. Parma

15 ottobre 1895

28. 4.50 Griggi *Amedeo*, $\frac{1}{2}$. . . inf. pre-id.
Pavia

16 gennaio 1896

19.10.51 Mangianti *Ezio*, $\frac{1}{2}$. . . sc. appl.
san. mil29. 9.49 Bogliaccini *Costanzo*, $\frac{1}{2}$. id. Torino15. 4.55 Parisi *Felice*, ● $\frac{1}{2}$. id. Napoli16. 3.54 Bernardo *Luigi*, $\frac{1}{2}$. . . com. corpo
st. marz.16.10.48 Freschi *Aristodemo*, $\frac{1}{2}$. ② . osp. Ravenna

30 aprile 1896

29. 1.49 Micheli *Luigi*, $\frac{1}{2}$. . . succ. Udine26.10.49 Orru *Raffaele*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Cagliari24. 2.54 Baldanza *Andrea*, ● $\frac{1}{2}$. id. Firenze25.11.53 Rima *Maurizio*, $\frac{1}{2}$. . . id. Roma

18 ottobre 1896

11. 7.52 Vitti *Luigi*, $\frac{1}{2}$. . . inf. presid.
Cremona21. 6.53 Barbato-lli *Elvire*, $\frac{1}{2}$. ② . osp. Bologna

24 dicembre 1896

20. 9.50 Mennuti *Michèle*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Ancona4. 2.51 Carratu *Celestino*, $\frac{1}{2}$. . . id. Alessand.26.12.48 Sirotto *Natale*, $\frac{1}{2}$. . . id. Torino29.12.49 Laera *Michèle*, $\frac{1}{2}$. . . id. Milano13.10.51 D'Apello *Raffaele*, $\frac{1}{2}$. . . id. Napoli4. 6.53 Mimer *Eugenio*, $\frac{1}{2}$. . . id. Messina

8 giugno 1897

57. 7.48 Corte *Salvo*, $\frac{1}{2}$. . . sc. guerra40. 5.41 Pissolati *Epifanio*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Brescia3. 4.54 Fregni *Arnaldo*, $\frac{1}{2}$. . . id. Torino15. 6.47 Rinaldi *Geremia*, $\frac{1}{2}$. id. Chieti7. 7.53 Bonavolta *Luigi*, $\frac{1}{2}$. . . id. Bologna

dal n. 44 al n. 90

27 ottobre 1897

4. 3.67 De Angelis *Lazzaro*, ✚ . osp. Roma

9 dicembre 1897

5. 1.52 Tempesta *Luigi*, ✚ . . osp. Caserta9. 11.53 Cametti *Silvio*, ✚ ✚ . . id. Novara34. 11.54 Saviano *Raffaele*, ✚ ✚ . inf. presid.
Gaeta22. 10.54 Vallicelli *Antonio*, ✚ . . osp. Padova7. 9.53 D'Angelantonio *Ettore*, ✚ ✚ inf. presid.
Aquila19. 9.49 Destino *Salvatore*, ✚ . . osp. Livorno27. 2.48 Righini *Pio Ettore*, ✚ . . id. Brescia30. 10.50 Licari *Vincenzo*, ✚ . . id. Catanzaro13. 2.54 Orlandi *Giovanni*, ✚ . . id. Verona15. 3.53 De Cesare *Zaccaria*, ✚ ,

② " " id. Napoli

9. 3.55 De Falco *Andrea*, ✚ . . id. Napoli9. 12.54 Giuliani *Francesco*, ✚ . . id. Genova21. 11.50 Marengno *Giacomo*, ✚ ✚ ,

② " " " id. Torino

12. 3.53 Natchi *Francesco*, ✚ . . id. Palermo25. 1.53 Bile *Giovanni*, ✚ . . id. Napoli25. 8.49 Perfetti *Francesco*, ✚ . . id. Catanzaro29. 9.51 Puglisi *Michelangelo*, ✚ . id. Firenze

9 gennaio 1898

20. 2.55 Giuffrè *Alfredo*, ✚ . . osp. Piacenza

2 marzo 1898

31. 5.53 Testa *Pasquale*, ✚ . . osp. Verona

19 maggio 1898

36. 2.56 Cervigni *Giovanni*, ✚ . . osp. Roma29. 6.51 De Martino *Angelo*, ✚ U ✚

✚ . ② " " " " " " " " id. Napoli

24 novembre 1898

21. 9.55 Grieco *Giuseppe*, ✚ . . ispett. san. mil.7. 9.53 Vicedomini *Matteo*, ✚ . . osp. Padova

5 marzo 1898

13. 2.55 Tallarico *Bonifacio*, ✚ . . osp. Perugia20. 7.51 Vigorelli *Achille*, ✚ . . id. Alessandr.

9 aprile 1898

19. 2.49 Inzitari *Giuseppe*, ✚ . . osp. Caserta

4 giugno 1898

27. 9.51 Vita *Gasiano*, ✚ osp. Palermo18. 6.54 Cavicchia *Francesco*, ✚ . id. Perugia25. 1.54 Carozzi *Adolfo*, ✚ id. Milano

CAPITANI MEDICI

dal n. 9 al n. 30

6 febbraio 1881

8 7.49 Martinazzi *Lodovico*, $\frac{1}{2}$. succ. Mantova

8 gennaio 1882

8 4.55 Giraldi *Pietro*, $\frac{1}{2}$. . . 30 art.

1 giugno 1882

6 6.53 Arcangeli *Alfonso*, $\frac{1}{2}$. . . dir. san. VII
corpo d'ar.

16 agosto 1882

29 12.52 Pasquale *Ferdinando*, $\frac{1}{2}$. osp. Torino

19 luglio 1883

16 3 49 Rinaldi *Michele*, $\frac{1}{2}$. . . succ. Venezia5 6 54 Cittolini *Silvio*, $\frac{1}{2}$. . . 7 alp.

17 agosto 1883

15 5 30 Ventura *Buchicini Pre-*
fro, $\frac{1}{2}$ succ. Udine

18 settembre 1883

27 6.53 Ghirelli *Felice*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Piacenza

13 aprile 1884

12 4.51 Raineri *Giuliano*, $\frac{1}{2}$. . . inf. presid.
Catania26 7.53 Candiani *Cesare*, $\frac{1}{2}$. . . 9 art.5 2.53 Zoppellari *Pompeo*, $\frac{1}{2}$. . . 15 id.

22 ottobre 1884

11 3.53 Piccini *Giulio*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " osp. Alessan-
dria9 8.53 Terzaghi *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$. . . 4 art.

5 aprile 1885

27 3.49 Frèda *Alfonso*, $\frac{1}{2}$. . . succ. Parma12 2.55 Brezzi *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Roma2 4.55 Carino *Tommasino*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ id. Messina

11 ottobre 1885

24 2.51 Ardunno *Fortunato*, $\frac{1}{2}$. . . inf. presid.
Pinerolo11 7 53 Bionello *Enrico*, $\frac{1}{2}$ osp. inf.29 4 53 Scalfetra *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ "" inf. presid.
G. genti13 7 56 Lavi *Rodolfo*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " osp. san. mil.16 4.56 Morosini *Marco*, $\frac{1}{2}$. . . art. cav.7 10.51 Bertozzi *Antonio*, $\frac{1}{2}$. . . osp. inf.12 8.52 Giambino *Giuliano*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Verona20 9 53 Losito *Vito*, $\frac{1}{2}$ id. Bari24 1 53 Rizzo *Michelangelo*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ id. Roma20 12 53 Vivalda *Carlo*, $\frac{1}{2}$. . . 2 alp.8 9 55 Molavasi *Enrico*, $\frac{1}{2}$. . . 3 art.29 4.51 Bozzi *Felice*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Verona

22 ottobre 1885

26 2 53 Cognigni *Filippo*, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ " . . . gen. o

21 marzo 1886

29 6 56 Zanchi *Dante*, $\frac{1}{2}$. . . inf. pres.
Bergamo

dal n. 21 al n. 63

21 marzo 1886

- 17 3.54 Carbone *Bruno*, $\frac{1}{2}$. . . inf. pres.
Maniova

26 settembre 1886

- 27 1.53 Marco-Giuseppe *Achille*,
 $\frac{1}{2}$, \textcircled{A} ⁹¹⁻⁹² 97 . . . inf. presid
Stena
- 6.10.54 Giorgio *Cesare*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Napoli
6. 7.54 Cedrola *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$. . . id. Livorno
- 36.11.53 De Roberto *Gaetano*, $\frac{1}{2}$. . . id. Ancona
- 2.12.53 Garabelli *Luigi*, $\frac{1}{2}$. . . sc. appl. art.
e genio
- 2.11.52 Citanna *Nicola*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Catanzaro
- 26.12.54 Catelli *Giovanni*, $\frac{1}{2}$. . . 49 art.
22. 5.53 Bisbini *Pietro*, $\frac{1}{2}$. . . 4 genio
5. 3.51 Barrecchia *Nicola*, $\frac{1}{2}$. . . 42 art.
26. 2.53 Falconi *Gavino*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Cagliari
30. 8.53 Gemelli *Cesare*, $\frac{1}{2}$. . . id. Alessan-
dria

24 marzo 1887

10. 4.53 Buronzo *Giovanni*, $\frac{1}{2}$. . . 4 genio
- 6.11.54 Gerundo *Giuliano*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Caserta
16. 4.57 Degli Uberti *Gennaro*, $\frac{1}{2}$. . . 2 art.
- 23.11.55 Facchio *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$. . . 8 id.
- 11 3.54 Bistarelli *Angelo*, $\frac{1}{2}$. . . 2 genio
15. 1.53 Abbate *Donato*, $\frac{1}{2}$. . . osp. Messina
16. 8.53 Martiello *Gaetano*, $\frac{1}{2}$. . . inf. presid.
Capua

7 ottobre 1887

13. 6.55 Gianola *Antonio* 21 art.
- 13.11.56 Pressacco *Pasquale*, \textcircled{A} ⁹⁷⁻⁹⁸ sc. appl san
mil.
30. 5.56 Ricciuti *Francesco*, \textcircled{A} ⁹⁷ osp. Palermo
6. 8.56 Rosso *Oreste*, $\frac{1}{2}$, \textcircled{A} . . . sc. cav.
29. 1.58 Testi *Francesco*, \textcircled{A} ⁹⁸ . . . ispet. san. mil.
(ass. onor. laborat. sanit. pubbl.)
- 26 6.57 Franceschi *Vincenzo*, \textcircled{A} ⁹⁸ osp. Piacenza
25. 1.53 Polistena *Domenico*, \textcircled{A} ⁹⁸⁻⁹⁹ inf. presid.
Trapani
24. 1.57 Fabris *Domenico*, \textcircled{A} ⁹⁷ . . . id. Treviso
2. 2.55 Maugeri *Francesco*, \textcircled{A} ⁹⁸ osp. Livorno
14. 8.56 Gandolfi *Giacomo*, \textcircled{A} ⁹⁸ . . . dir. san.
VII corpo d'ar.
27. 2.55 Stoffenoni *Ettore*, \textcircled{A} ⁹⁸ . . . osp. Milano
25. 8.53 De Vigiliis *Raffaele*, \textcircled{A} ⁹⁸ id. Bologna
5. 7.35 Pettinari *Adriano*, \textcircled{A} ⁹⁸⁻⁹⁹ dir. san.
III corpo d'ar.
13. 6.54 Cherubini-Giammaroni *Or-
lando* dir. san
IX corpo d'ar.
15. 2.55 Re *Giuseppe*, \textcircled{A} ⁹⁸ . . . accad. mil.
15. 7.56 Maggetta *Edmondo* . . . osp. Padova
24. 4.56 Moschini *Enrico*, \textcircled{A} ⁹⁸ . . . id. Roma
24. 5.35 Trovanelli *Edoardo* \textcircled{A} ⁹⁸
⁹⁸⁻⁹⁹ ispsan mil

dal n. 1 al n. 100

7 ottobre 1887

16. 3.57 Lanza *Emanuela*, \odot = . dir. san.
X corpo d'ar.
14. 7.55 Nardoni *Antonio*, \odot = . dir. san.
IV corpo d'ar.
14. 4.56 Belli *Emilio*, \odot = sc. militare
21. 2.56 Vighardi *Paolino*, \odot = dir. san.
II corpo d'ar.
(com. osp. Torino)
26.11.55 Pagliuzzi *Giacinto* osp. Savigha-
na
17.12.55 Curti-Petarda *Nicola* osp. Genova
29.12.56 Cantarano *Costantino*, \odot = id. Napoli
16.10.53 Caredda *Federico*, \odot = . id. Perugia
13. 7.56 Arpa *Vittorio* colleg. mil.
Napoli
17. 7.57 Galli *Giov. Domenico*, \oplus = osp. Roma
22. 3.57 Perassi *Giovanni Antonio* colleg. mil.
Roma

30 dicembre 1887

3. 9.54 Ragnini *Romolo* osp. Roma

8 aprile 1888

29. 3.53 Dell'Olio *Gio. Battista* osp. Napoli
4.10.56 Gelmetti *Ariuro* dir. san.
V corpo d'ar.
2.10.52 Lorisio *Giuseppe* 10 art.
2. 2.58 Bruni *Attilio* 6 id.
(com. inf. pres. Pavia)
19. 3.56 Strano *Antonino* dir. san.
XII corpo d'ar.
17. 3.54 Tursini *Giov. Francesco*,
 \odot = \odot = \odot = inf. presid.
Civitavecchia
11. 8.58 Mendini *Giuseppe*, \oplus osp. Bologna
(com. ispett. san. mil.)
23. 7.56 Del Vecchio *Ruggiero* osp. Palermo
3. 2.57 Trombetta *Edmondo* id. Torino
21.11.56 Rumi *Camillo* 14 art.
29. 1.57 Pronotto *Benedetto Sulpi-*
sio, \odot osp. Milano
22. 3.57 Tomasini *Mario* dir. san.
I corpo d'ar.

7 ottobre 1888

11. 6.57 Pasca *Giuseppe*, \odot = dir. san.
XI cor. d'ar.

11 ottobre 1888

16. 8.57 Faralli *Celestino* osp. Firenze
16. 3.59 Bernucci *Giovanni*, \odot = \odot = . 6 alp.
19. 7.52 Parlati *Paolo*, \odot = 18 art.
14. 8.56 Carta Mantiglia *Filippo* osp. Torino
6. 1.56 Randaccio *Ernesto*, \oplus = id. Genova
14. 5.56 Allonati *Benedetto* sc. cent. Bru-
sati
4. 1.57 Astengo *Francesco* recl. Savona
3. 7.55 Cipriano *Luigi*, \odot 22 art.

dal n. 133 al n. 143

6 ottobre 1890

10. 5.56 Bisceglie *Riccardo*, @ ⁸⁷ inf. presid.
Foggia

2 novembre 1890

20. 3.57 Virgalita *Mario*, @ ⁸⁷ 13 art.
5. 9.57 Maggesi *Tommaso*, @ ⁸⁴⁻⁸⁶ 7 id.
23 12.58 Fattori *Giovanni*, @ ⁸⁷ osp. Brescia
5. 3.57 Iorio *Luigi*, @ ⁸⁷ 16-88 . id. Chieti
3. 4.57 Gassi *Francesco*, @ ⁷²⁻⁸⁶ cav. Caserta
(17)
7. 1.57 Gaeta *Antonio*, @ ⁸¹⁻⁸⁴ recl. Gaeta
2 2.58 Della Valle *Francesco*, @ osp. Roma
(com. min. guerra)

4 novembre 1890

- 21 2.54 Cacchione *Francesco*, . 34 fant.

19 aprile 1891

5. 3.58 De Luca *Costantino*, @ ⁸⁷ 51 fant.
18.11.56 Bargoni *Attilio*, @ ⁸⁷ . osp. Milano
(com. ispett. san. mil.)
18. 5.57 Conenna *Vito*, @, @ . 82 fant.
26. 1.57 D'Albenzio *Michele*, @, @, @
@ ⁸⁴ 21-22 regg. art. mont.
30 9.57 D'Amato *Carmelo*, @, @
@ ⁸³⁻⁸⁵ 33 fant.
15. 1.57 Laurini *Francesco*, @ ⁸⁴⁻⁸⁶ 9 bers.
25. 3.59 Pimpinelli *Pietro*, @, @ ⁸⁷ osp. Brescia

14 maggio 1891

- 30.10.56 Traversi *Leopoldo*, U ⁸⁷,
@ ⁸⁷ 82 = 90 87 70-82 . . . osp. Roma

15 giugno 1891

14. 1.56 Palermo-Patera *Stanislao*,
@ ⁸⁷ 80 cav. Lucca (16)

23 agosto 1891

17. 5.57 Medugno *Francesco*, @ ⁸⁷ cav. Vitt. Em.
(10)

17 dicembre 1891

30. 8.56 Mele *Ascanio*, @ ⁸⁷ . . 2 fant.
4.10.56 Cocola *Vincenzo*, @ ⁸⁷ 80. 2 gran.

13 marzo 1892

- 27.12.58 Pascale *Alberto*, @ ⁸⁷ 80. 65 fant.
30.11.60 Santoro *Giuseppe*, @ ⁷²⁻⁸⁶ cav. Vicenza
(24)

27. 1.59 Giani *Pietro* 36 fant.

12 giugno 1892

29. 4.58 Marchese *Gio. Battista*, @ ⁸⁷ 66 fant.
31.10.56 Grotti *Carlo*, @, @ ⁸⁷ . osp. Novara
7. 4.59 Farina *Giuseppe*, @, @, @,
@ ⁸⁷ 57 fant.

11 dicembre 1892

- 19.11.56 Dettori *Angelo*, @ ⁸⁷ . . 9 fant.
2.10.58 Siciliani *Ambrogio*, @ ⁸⁴⁻⁸⁶
73 73-80 73 id.
10. 3.59 Barletta *Salvatore*, @ ⁸⁷ 73 id.
31 5.56 Sacco *Antonio*, @ ⁸⁷ . 16 id.

dal n. 1000 al n. 3000

11 dicembre 1892

2. 8.58 Mennella Arcangelo, @ ¹¹⁻⁰⁰ cav. Catania (23)5. 4.60 Morino Francesco, @ ¹¹ . 4 alp.

17 dicembre 1892

12. 4.59 Ciaccio Andrea . . . 40 bers.

3 aprile 1893

7.12.57 Gagliano Francesco, @ ⁰⁰ . 11 bers.21. 9.39 Gasole Italo, @ ⁰¹⁻⁰⁰ . 64 fant.26.10.59 Oggiano Giovanni, @ ¹⁷ . 65 id.

17 luglio 1893

14. 4.56 Infelise Giuseppe, @ . 74 fant.

28.11.60 Schizzi Pietro, @ ^{17 00 01-00}⁰⁷ 54 id7.11.59 Cocchetani Domenico, @ ⁰⁷^{10 01-00} 43 id.

8 marzo 1894

9. 3.57 Carli Francesco, @ ¹¹⁻⁰⁰ . cavall. Alessandria (14)

16.11.56 Trevisan Eugenio, @ . 61 fant.

5. 9.59 Tavazzani Cesare, ✕ ☉.

@ ^{00 00 00 01 01-00 07} . . . 46 id.7.11.59 Calegari Gio. Batt., @ ^{17 00} 5 alpini30. 8.60 Lastaria Francesco, @ ⁰¹⁻⁰⁰ aspell. fam

13 dicembre 1894

2. 6.60 Salinari Salvatore, @ ⁰¹⁻⁰⁰ cav. Monferato (13)

27. 8.59 Cusmano Enrico, ✕ ○.

@ ^{17 00 01-00} id. Umberto I (23)12. 1.58 Sclavo Luigi, @ ¹⁷ . . . 4 alp.26. 9.59 Darra Vittorio, @ ⁰¹⁻⁰⁰ . 93 fant.2. 1.60 De Rosa Michele, @ ¹¹ . cav. Nizza (1)

7 marzo 1895

26. 7.59 Gurgo Achille, @ ⁰¹⁻⁰⁰ . 7 fant.19.2.59 Loni Virgilio, ✕. @ ⁰¹⁻⁰⁰ . 67 id.6.10.57 Nubila Pasquale, @ ⁰¹⁻⁰⁰ . 79 id.17. 6.57 Boccia Salvatore, @ ⁰¹⁻⁰⁰ . 8 bers.26. 1.60 Perego Vittorio, @ ⁰¹⁻⁰⁰ . sc. appl. san. mil.

12. 9.59 Abelli Vittorio . . . cav. Piacenza (18)

21. 4.61 Sotis Andrea, @ ¹¹ . 52 fant.

4 luglio 1895

5. 7.58 Sullioti Efficio, ☉, @ ¹⁷ . cav. Saluzzo (12)13. 4.58 Casani Martino, @ ⁰¹⁻⁰⁰ . 39 fant.

24. 2.61 Cairone Fabrizio . . . 80 id.

18 gennaio 1896

25. 8.59 De Cesare Eduardo, @ ^{17 00} 8 bers.

10. 8.57 Ceraschi Catullo . . . 4 gran.

26. 8.59 Tomba Giuseppe . . . 58 fant.

22. 7.57 De Filippis Adiutore . . . cav. Novara (5)

12. 7.56 Tucci Filippo, ✕. . . 5 bers.

8. 9.57 Izzo Giovanni, . . . 30 fant.

dal n. 303 al n. 345

16 gennaio 1896

7. 8.60 Zibetti *Giuseppe* 2 bers.
 10. 6.60 Rossi *Alfredo* 4 id.
 24. 11.59 Viridia *Tommaso*, \oplus \ominus .
 ② 30 31 32 33 34 11 fant

30 aprile 1896

2. 12.56 Valle *Angelo* 72 fant.
 14. 8.60 Videtta *Emanuele*, ② . . osp. Bari
 27. 5.59 Cantella *Mariano*, ② \oplus . 93 fant.
 26. 6.61 Delogn *Gaetano*, ② \oplus \ominus . 74 id.
 10. 12.60 Mozzetti *Eliseo*, \oplus \ominus \oplus \ominus .
 ② 37 38 39 40 41 42-43 44-45 46 . R. trup. Afr.
 17. 10.61 Calore *Giovanni*, ② \oplus . 87 fant.

2 luglio 1896

21. 1.58 Debernardi *Stefano*, ② \oplus = 12 bers.
 3. 2.59 D'Ettorre *Alfredo*, ② \oplus . osp. Chieti
 28. 6.59 Marini *Ernesto*, ② \oplus = . 5 fant.
 31. 3.59 Furnò *Giacomo*, ② = . 29 id.
 23. 3.59 Viale *Angelo*, ② \oplus \oplus \oplus \oplus . 77 id.
 17. 9.59 Rossi *Cesare*, ② \oplus \oplus . 86 id.
 28. 12.60 Ceuno *Achille*, ② \oplus \oplus . 91 id.
 1. 5.60 Delmunio *Frazio*, ② \oplus \oplus . 25 id.

24 dicembre 1896

7. 10.59 Corradi *Angelo*, \oplus , ② \oplus \oplus , cav. Guide(19)
 7. 5.59 Negroni *Antonio*, ② \oplus . 22 fant.
 9. 3.60 Cotellessa *Alfon.*, \oplus , ② \oplus \oplus 37 id.

8 giugno 1897

10. 5.60 Loschi *Pietro*, ② \oplus . . 78 fant.
 7. 9.59 Piergianni *Vincenzo* . . . cav. Savola(8)
 12. 8.60 Ungaro *Giuseppe*, ② \oplus \oplus . cav. Monte-
 bello (8,
 18. 7.59 Cugi *Licurgo* cav. Aosta (6)
 1. 7.59 Romeo *Francesco* 15 fant.
 19. 11.59 Giannini *Alfonso* 81 id.
 20. 8.56 Richeri *Carlo* 41 id.
 1. 7.58 Maguetta *Ferdinando* . . 56 id.
 21. 12.61 Rosini *Tommaso*, ② \oplus . 63 id.
 20. 4.62 Ostino *Giovanni*, ② \oplus \oplus . 28 id.
 2. 8.62 Cerone *Francesco*, \oplus , ② \oplus 83 id.

27 ottobre 1897

5. 10.61 Del Priore *Garibaldi*, ② \oplus cav. Firenze
 (9)
 16. 9.61 Marzocchi *Fabio* 70 fant.
 5. 8.61 Spina *Vincenzo*, ② \oplus . 44 id.

8 dicembre 1897

4. 3.60 Loscalzo *Vito* 69 fant.
 27. 6.61 Fanchiotti *Eugenio* cav. Roma (20)
 3. 5.60 Castello *Francesco* 4 fant.
 22. 5.60 Bonini *Giuseppe* cav. Milano
 (12)
 13. 6.59 Galasso *Antonio*, \oplus \oplus \oplus . 4 fant.
 6. 9.60 Vitullo *Giuseppe*, ② \oplus = . 19 id.
 1. 4.60 Squazzi *Vittorio*, ② \oplus \oplus . 53 id.
 6. 3.61 Mambella *Ernesto*, ② \oplus \oplus . 8 id.
 12. 3.60 Moro *Filo*, ② \oplus \oplus . 36 id.

dal n. 3646 al n. 3944

9 dicembre 1897

3. 1.51 Galvagno Teonello, \odot ¹¹⁻⁰⁰, cav. Padova (21)3. 6.63 Marras Raffaele, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 33 fant.2. 9.64 Nueddu Antonio, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 46 id.

5 gennaio 1898

30.12.59 Rossi Gastano, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 47 fant.

9. 7.59 Del Bello Antonio, . . . 27 id.

18 maggio 1898

23. 6.60 Palumbo Giuseppe, . . . 43 fant.

12. 6.64 Buccino Tobia, \oplus \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰ 85 id.26. 3.59 Pizzocaro Clemente, \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰ 90 id.23. 3.58 Fiorini Firenze, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 6 id.27. 9.60 Rostagno Giuseppe, \odot ¹¹⁻⁰⁰ 3 alp.8. 9.61 Gerhaldi Giovanni, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 35 fant.19. 5.62 Canzas Nicolò, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 40 id.6.10.61 Vasillico Giuseppe, \odot ¹¹⁻⁰⁰ \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 42 id.

18 agosto 1898

26.11.62 D'Amico Biagio, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 42 fant.24. 3.61 Melampo Giuseppe, \odot , . 38 id.20. 1.63 Pace Luigi, \oplus \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰ \odot ¹¹⁻⁰⁰, . R. trup. Afr.4.11.62 Gristina Castrenzo, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 44 fant.14.10.60 Zoncada Antonio, \odot , . 20 id.

15. 1.62 De Prisco Luigi, . . . cav. Foggia (11)

1. 6.60 Brignone Ferdinando, \odot 24 fant.

6. 9.64 Faldella Pietro, . . . 53 id.

24 novembre 1898

30. 6.62 Littardi Nicolao, \odot , \odot . 32 fant.20.10.62 Verdura Luigi, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 34 id.6. 1.61 Cara Francesco, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 48 id.

5 marzo 1899

3. 1.62 Madia Giuseppe, \oplus \odot . \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 50 fant.

4 giugno 1899

4.10.61 Coppola Nicola, \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰ \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 89 fant.23.11.61 Luciani Lavino, \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰ 59 id.

19. 1.61 Fusco Emilio, . . . 40 id.

30. 6.61 Vespasiano Dom., \odot ¹¹⁻⁰⁰, cav. Lodi (15)17. 9.61 Longari Rodolfo, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 3 bers.26.12.62 Gianazza Giuseppe, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 76 fant.26. 1.58 Cuoco Luigi, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 88 id.16.11.62 Gualdi Carlo, \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 21 id.19. 1.61 Simoni Giuseppe, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 4 bers.

4. 3.59 Beccaria Giovanni, . . . 7 id.

20.10.63 Foa Teodoro, \oplus , \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 68 fant.6.12.62 Petrone Andrea, \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 60 id.15.12.60 Canegallo Lorenzo, \oplus \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰, . 84 id.20.12.62 Vljno Luigi, \odot , \odot ¹¹⁻⁰⁰, cav. Piemonte

Reale (2)

TENENTI MEDICI

dal n. 1 al n. 35

19 dicembre 1899

6. 5.61 Petrecca *Michela*, . . . osp. Salerno
 21.12.60 Santoro *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$ \bar{O} ,
 @ ⁷¹⁻⁸⁰ 7 brig. fort.
 19.11.59 Crispo *Ubaldo*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . . 9 id. costa
 18. 3.62 Trevisani *Giuliano*, . . osp. Roma
 (com. ministero guerra)

19 febbraio 1899

23. 7.58 Giustini *Celso*, 40 brig. costa

4 maggio 1899

16. 2.60 Benincasa *Vincenzo*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ osp. Padova

15 maggio 1899

29. 8.61 Bonomo *Nicolino*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . osp. Caserta

15 giugno 1899

- 19.11.60 Cottafava *Enrico*, $\frac{1}{2}$ \bar{O} .

@ ⁷¹⁻⁸⁰ osp. Torino

21. 6.61 Nardini *Giulio*, \bar{O} , @ ⁷¹⁻⁸⁰ id. Firenze

20 luglio 1899

18. 1.64 Cighutti *Giuseppe*, . . . osp. Torino

- 4.10.83 Cabibbo *Felice*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . 3 genio

- 10.12.63 Rocchione *Stefano*, @ . . osp. Ancona

18. 1.62 Murini *Pio*, id. Roma

9. 2.63 Santucci *Stefano*, . . . id. Firenze

- 18.10.62 Passarella *Ugo*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . 7 art.

27. 1.63 Masto *Pasquale*, @ ⁷¹ . corpo inv. e
 veter.

25. 5.63 Licari *Vincenzo*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . sc. cavalleria

22. 3.61 Di Giacomo *Luigi*, \bar{O} .

@ ⁷¹⁻⁸⁰ osp. Genova

11. 9.62 Paltrinieri *Umberto*, \bar{O} .

@ ⁷¹⁻⁸⁰ id. Bologna

28. 5.62 Chieschi *Camillo*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ id. Perugia

9. 9.62 Arzano *Francesco*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . 4 alp.

8. 1.63 Paschetto *Ferdinando*,

@ ⁷¹⁻⁸⁰ 47 art.

31. 1.61 Comola *Giulio*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . 21 id.

7. 7.61 Santoli *Emilio*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . osp. Salerno

- 16.12.61 Benali *Alfonso*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . id. Verona

23. 3.63 Gallo *Nicolangelo*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ id. Bari

- 14.10.61 Ducceschi *Modesto*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ 7 brig. costa

- 19.12.61 Bastianelli *Umberto*, @ ⁷¹ . 1 art.

29. 9.62 Reale *Vincenzo*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . 2 id

20. 8.61 Federici *Pietro*, @ . . . 9 id.

18. 8.63 Oddera *Luigi*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . osp. Verona

15. 7.62 Mauri *Luigi*, $\frac{1}{2}$ \bar{O} . @ ⁷¹

@ ⁷¹⁻⁸⁰ sc. appl. san.
 mil.

- 14.10.64 Gros *Giuseppe*, @ ⁷¹⁻⁸⁰ . osp. Roma

19 dicembre 1899

23. 4.63 D'Elia *Alfonso*, @ ⁷¹ . osp. Catanz.

11. 8.61 Marsanich *Arturo*, $\frac{1}{2}$ \bar{O} .

@ ⁷¹⁻⁸⁰ 13 art.

dal n. 36 al n. 40

21 luglio 1891

- 20 8.63 Vinci *Angelo*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 22 art.
 25 8.63 Tortora *Giovanni*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ art. montag
 30 12.63 Costa *Quinto*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ osp. Torino
 4 7.63 Boggio-Lera *Gabr.*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ 11 art.
 15 1.63 Altobelli *Alberto*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ sc. appl. san.
 1 1.63 Restivo *Pantalone Gipe*,
 $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ 2 brig. fort.
 1 9.64 Cattani *Carlo* succ. Parma
 7.10.64 Riva *Antonio*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 43 art.
 20.12.63 Grato *Paolo*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . osp. Messina
 26 5.64 Gimelli *Eugen.*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ 9 brig. fort.
 14.11.63 Doria *Rosario*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 40 id. id.
 31 8.64 Pettinelli *Flomeno* . . . osp. Alessan-
 dria
 14 9.63 Chini *Gaetano* succ. Venezia

22 agosto 1891

- 23 1.64 Brivio *Francesco*, $\textcircled{2}$. . . osp. Novara
 3 aprile 1893
 13 11.63 Fortunato *Carlo* . . . 11 brig. fort.
 31 4.67 Riva *Umberto*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . osp. Ancona
 8 8.63 Nota *Cello*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 2 alp.
 7 2.64 Scarano *Luigi* osp. Napoli
 10 8.63 Visalli *Paolo*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . id. Messina
 8 4.63 Pastorello *Liborio*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ id. Chieti
 4 4.64 La Cava *Ignazio*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 4 alp.
 8.11.63 Martinelli *Giuseppe*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ 5 id.
 25 4.63 Licastro *Giuseppe* . . . osp. Palermo
 6 8.63 Catini *Alfonso*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 6 brig. fort.
 3 4.64 Giuffrida *Luigi*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 1 id. id.
 21 8.64 Zoncada *Francesco*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ aspett. fam.
 5 8.63 Pispoli *Raffaello* aspettativa
 7 7.64 Zorzoli *Luigi*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . osp. Torino
 6 5.63 Pizzocolo *Ognibene*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰
 " R. trup. Afr.
 1 9.63 Margotta *Cesare*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 7 alp.
 17 3.64 Pasino *Eligio*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 4 id.

6 settembre 1893

- 21 6.63 Mariani *Enrico* leg. all. carab.
 4 luglio 1895
 13 3.64 De Giorgi *Beniamino* . . . 5 brig. costa
 19.12.66 Camboni *Francesco*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ osp. Ravenna
 17 12.64 Pellerino *Andrea*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ id. Torino
 23 2.67 Fazio *Gaetano*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . id. Perugia
 24 3.66 Lo Bianco *Luigi*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . 4 brig. costa
 28 4.66 Bonomi *Gaetano*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ osp. Piacenza
 25 3.65 Mirtello *Emilio*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . id. Palermo
 3 9.65 La Grotteria *Pasquale*,
 $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ inf. presid.
 Cosenza

- 22.10.65 La Cascia *Salvatore*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ 3 brig. fort.
 7 9.67 Saggini *Evaristo*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ osp. Bologna
 11 10.65 Verdoliva *Beniam.*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ 4 genio
 16 9.65 Pantano *Arturo*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ osp. Brescia
 19 4.67 Vardau *Elisio*, $\textcircled{2}$ ⁹¹⁻⁰⁰ . . . id. Cagliari

dal n. 55 al n. 593

4 luglio 1893

- 7 3 66 Castellano Fedele, ②^{91-92} , osp. Bari
 22 12 65 Trovarelli Luigi, ②^{91-92} , id. Piacenza
 24 11 65 Iervolino Salvatore, ②^{91-92} , 1 genio
 5 11 65 Stefano Umberto, ②^{91-92} , 3 art.
 2 2 66 Bono Giovanni, ②^{91-92} , 3 alp.
 18.10 67 Brunello Augusto, ②^{91-92} , 2 id.
 20 11 66 Cimino Francesco, ②^{91-92} , 5 id.
 10. 4 66 Marri Ezio, ②^{91-92} , osp. Firenze

8 settembre 1893

12. 2 63 Grillo Ettore, ②^{91-92} , 8 brig. fort.
 20 4 67 Tonietti Pietro, ②^{91-92} , osp. Lavarone
 (con se appi san)
 5 1 66 Basili Andrea, ②^{91-92} , 20 art.
 20. 4 67 Corbi Edoardo, ②^{91-92} , osp. Roma
 18. 4 67 Rozzi Piero, ②^{91-92} , id. Livorno
 24 10 68 Tobia Arturo, ②^{91-92} , id. Roma
 9 6 67 Damiano Nicola, ②^{91-92} , 3 brig. costa
 12. 1 68 Tesio Giuseppe, ②^{91-92} , osp. Torino
 17. 1 69 Scalese Giorgio, ②^{91-92} , R. trup. Afr.
 15. 2 67 Marini Paolo, ②^{91-92} , 8 art.
 25 12 70 Sanna Attilio, ②^{91-92} , osp. Genova
 16 2 69 Lanza Tommaso, ②^{91-92} , id. Milano
 5. 2 68 Farroni Enrico, ②^{91-92} , 2 brig. costa
 28. 7 69 Sebastianelli Giuseppino,
 ②^{91-92} , osp. Napoli
 12. 1 67 Costa Emilio, ②^{91-92} , 6 alp.
 8. 8 64 Cantafora Nicola, inf. presid.
 Gastrovillari
 4.10 67 Tempesta Cosmo, ②^{91-92} , 10 art.
 18 10 67 Dabbene Filippo, ②^{91-92} , 2 genio
 13 3 69 Bernucci Rodolfo, 7 alp.
 27. 7 70 Andreini Alfredo, 19 art.
 5 11 68 Negro Ernesto, ②^{91-92} , 5 alp.
 3 8 68 Rugani Luigi, ②^{91-92} , osp. Chieti
 13 11 69 Procacci Arturo, ②^{91-92} , id. Livorno
 29 9 69 Gazzera Mario, ②^{91-92} , 7 alp.
 16 12 67 Santini Federico, ②^{91-92} , 1 fant.
 11. 6 69 Ferro-Luzzi Massimiliano,
 ②^{91-92} , 5 genio
 4 10 68 Soggiu Antonio, ②^{91-92} , 4 alp.
 30. 3 67 Claps Angelo, ②^{91-92} , 4 art.
 12 11 67 Coda Carlo, ②^{91-92} , 5 id.
 15 10 69 Boltheri Roberto, ②^{91-92} , 16 id.

23 agosto 1893 R. A.

- 11 7 68 Garneri Bartolomeo, 7 fant.
 9. 5 68 De Stephani Giuseppe, R. trup. Afr.
 10. 5 68 Piccione Michelangelo, id. id.
 13. 4 70 Pignatelli Filippo, cav. Novara
 (5)

15. 4 71 Rizi Luigi, R. trup. Afr.

8 dicembre 1893 R. A.

29. 1 69 D'Amato Nicola, 4 brig. fort.

5 gennaio 1899

15. 8 70 Massarotti Giuseppe, ②^{91-92} , 14 fant.

dal n. 438 al n. 440

5 gennaio 1899

- 30 10.69 Micela Salvatore, \textcircled{A} ^{01-02 07} osp. Palermo
 29. 6.69 Vinci Francesco, \textcircled{A} ⁰⁵⁻⁰⁶ id. Catanzaro
 6 12.69 Ronga Vincenzo, \textcircled{A} ⁰⁶⁻⁰⁶ id. Napoli
 20 10.70 Garau Pietro, \textcircled{A} ⁰¹⁻⁰² R. trup. Afr.
 1. 6.70 Romano Enrico, \textcircled{A} ⁰⁵⁻⁰⁶ 1 alp.
 25. 1.71 Jacopo Franco, \textcircled{O} , \textcircled{A} ⁰¹⁻⁰²
 ^W osp. Novara
 4. 8.69 Annino Beniamino 33 art.
 1. 7.72 Ruta Sebastiano osp. Caserta
 1. 8.69 Trolani Pietro 53 fant.
 (com. sc. appl. san.)
 16. 1.70 Pavia Caliman 5 alp
 27. 1.71 Pola Giovanni 3 id.
 27 11.69 Valerio Giuseppe sc. appl. sar.
 22. 1.72 Castellani Romeo 5 brig. fort.
 29. 1.70 Maglioli Antonio osp. Torino
 1. 11.70 Miraglia Eustachio 24 art.
 1. 10.69 Annaratone Carlo R. trup. Afr.
 18. 10.70 Messerotti Benvenuti Giuseppe art. cav.
 7. 10.70 Franchi Luigi osp. Padova
 27. 5.71 Rivalta Raffaele id. Novara
 30. 5.71 Castoldi Ettore R. trup. Afr.
 24. 1.71 Olivari Pietro id. id.
 11. 7.70 Ajroldi Luigi art. mont.
 29. 1.70 De Sario Eugenio osp. Napoli
 27 11.69 Cosau Alberto 36 fant.

5 gennaio 1899 R. A.

17. 7.70 Memmo Giovanni 11 fant.
 (com. sc. appl. san.)

12 gennaio 1899 R. A.

15. 5.68 Frascchetti Venessio aspell. fam.

5 marzo 1899 R. A.

23. 6.69 De Benedicelli Onorio R. trup. Afr.
 22. 3.69 Fantoli Giulio cav. Milano
 (7)

- 25 10.69 Giacquinta Salvatore 5 bers.
 22 1.71 Lioni Girolamo 62 fant.

18 maggio 1899 R. A.

19. 3.69 Palmieri Raffaele osp. Brescia
 22. 1.69 Mazzaccara Pietro aspell. fam.

11 giugno 1899 R. A.

6. 5.69 Santoro Mariano 6 art.
 12. 3.69 De Maria Niccolò cav. Monferato (3)
 9. 4.69 Marcone Stefano osp. Savigliano

SOTTOTENENTI MEDICI

dal n. 1 al n. 100

25 aprile 1897

6. 8.69 Orsini Costantino, @ ²⁴⁻²⁵, cav. Umber. I
(23)

4 maggio 1898

3. 9.68 Ranfaldi Antonino . . . aspell. fam.
 14. 8.73 Fiorentini Emilio . . . 94 fant.
 22. 7.72 Ricciuti Giuseppe . . . osp. Mantova
 7 10.70 Tosti Domenico . . . 76 fant.
 2 11.71 Cappello Pio . . . 1 brig. costa
 31. 3.73 Quaranta Pasquale . . . 14 art.
 19. 7.70 Imperiali Giulio . . . 63 fant.
 28. 11.72 Bocconi Attilio . . . cav. Catania
 (22)
 12 11.74 Marengo Lorenzo . . . 3 alp.
 3. 8.73 Passera Ercole . . . 3 id.
 10. 8.70 Mancini Angelantonio . . . 68 fant.
 23. 4.70 Gillone Carlo . . . 4 alp.
 22. 8.73 Rosco Pietro . . . 17 fant.
 14. 5.72 Satta-Puletto Salvatore . . . 9 id.
 15. 2.76 Besso Eugenio Mario . . . cav. Piacenza
 (18)
 30. 7.70 Grixoni Giovanni . . . 27 fant.
 11. 1.71 Demurtas Cornelio . . . 40 id.
 27 12.70 Pezzullo Pasquale . . . 40 bers.
 4. 11.69 Virgili Luigi . . . 37 fant.
 23 11.72 Vocaturo Geniale . . . 83 id.
 10 5.71 Maccchia Ernesto . . . R. trup. Afr.
 1. 9.71 Mariotti-Bianchi Gio. Batt 59 fant.

UFFICIALI MEDICI IN ASPETTATIVA

Data di collocam
in aspettativa

CAPITANI MEDICI

dal n. 1 al n. 3

30. 8.80 Lastaria *Francesco* . . 1896 giugno 16
710.54 Bertozzi *Antonio* novem. 16
8. 7.53 Riviello *Enrico* 1899 giug. 16

TENENTI MEDICI

dal n. 1 al n. 4

5. 8.53 Pispoti *Raffaello* . . . 1896 settem. 8
21 8.64 Zoncada *Francesco* . . 1898 dicem. 4
15. 5.68 Franchetti *Venceslao* . 1899 febb. 16
21. 4.69 Mazzacara *Pietro* giug. 4

SOTTOTENENTE MEDICO

n. 1

13. 9.68 Ranfaldi *Antonio* . . 1899 gen. 12

UFFICIALI MEDICI IN ASPETTATIVA LA CUI ANZIANITÀ È SOSPESA

Data di collocam.
in aspettativa Data
di anzianità

CAPITANO

n. 1.

18. 1.59 Marietta *Francesco*, ⑤ " " 1898 novembre 3 1896 dicembre 21

UFFICIALI MEDICI DI COMPLEMENTO IN SERVIZIO

CAPITANO MEDICO

n. 1

29. 7 59 Quirico *G. anni*,  osp. Roma
(med. pers. di S. M. il Re)

SOTTOTENENTI MEDICI

dal n. 1 al n. 36

8 luglio 1898

26. 8. 72	Pacchione <i>Dante</i>	. . .	67	fant.
26. 3. 71	Buratti <i>Aristide</i>	. . .	70	id.
26. 10. 72	Tecce <i>Pasquale</i>	. . .	50	id.
49. 6. 72	Brune <i>li Cesare</i>	. . .	59	id.
26. 4. 73	Tirelli <i>Elio</i>	. . .	67	id.
14. 11. 72	Pelizzari <i>Francesco</i>	. . .	5	id.
25. 10. 71	Corbetta <i>Carlo</i>	. . .	58	id.
47. 7. 73	Ilasi <i>Carmine</i>	. . .	63	id.
29. 9. 72	Sarto <i>Vittorio</i>	. . .	cav.	Firenze (9)
5. 1. 72	Occhiuzzi <i>Angelo</i>	. . .	id.	Catania (23)
16. 12. 72	Donni <i>Buratti Ego</i>	. . .	85	fant.
28. 9. 72	Truffi <i>Ettore</i>	. . .	47	id.
2. 10. 72	Mentoni <i>Gino</i>	. . .	68	id.
5. 11. 73	Manara <i>Gio. Achille</i>	. . .	47	id.
26. 8. 72	Giannelli <i>Alessandro</i>	. . .	cav.	Vicenza (24)
49. 11. 71	Riccio <i>Baldassarre</i>	. . .	40	bers.
21. 11. 72	Angelozzi <i>Luigi</i>	. . .	69	fant.
3. 10. 73	Cimino <i>Teobaldo</i>	. . .	7	bers.
20. 12. 73	Ortuani <i>Arturo</i>	. . .	cav.	Umberto I (23)
10. 1. 74	Tentoni <i>Raffaele</i>	. . .	64	fant.
31. 10. 73	Arpini <i>Erminio</i>	. . .	3	id.
15. 1. 74	Galbetti <i>Giulio</i>	. . .	6	bers.
18. 11. 73	Grandoni <i>Enrico</i>	. . .	38	fant.
30. 10. 72	Rizzone <i>Saverio</i>	. . .	31	id.
28. 10. 73	Palazzo <i>Camillo</i>	. . .	cav.	Roma (20)
24. 2. 72	Polostra <i>Giuseppe</i>	. . .	49	fant.
10. 3. 72	Bolzano <i>Enza Arturo</i>	. . .	41	id.
26. 10. 72	Fregola <i>Enrico Giulio</i>	. . .	12	bers.
14. 9. 72	Goria <i>Luciano</i>	. . .	7	id.
27. 3. 73	Fonduoli <i>Giuliano</i>	. . .	5	fant.
1. 11. 72	Cirvio <i>Claudio</i>	. . .	2	gran.
22. 4. 73	Massari <i>Giuseppe</i>	. . .	93	fant.
7. 11. 73	Amali <i>Giuseppe</i>	. . .	62	id.
15. 2. 72	Mazzaglia <i>Leopardo</i>	. . .	16	id.
22. 12. 72	Drago <i>Arturo</i>	. . .	4	id.
49. 12. 71	Guastalla <i>Ruggero</i>	. . .	68	id.

dal n. 37 al n. 66

3 luglio 1898

18. 4.72 Tomassini *Aleide* . . . cav. Alessan-
dria (14)
20. 4.73 Tatulli *Giuseppe* . . . 55 fant.
21. 11.73 Pennetta *Maria* . . . 86 id.
24. 4.72 Marchisio *Alessandro* . . . 43 id.
2. 2.71 Ardissonne *Adolfo* . . . 57 id.
19. 12.72 Bottuso *Pietro* . . . 18 id.
23. 12.72 Verderamo *Salvatore* . . . 84 id.
10. 5.70 Lazzari *Lorenzo* . . . 52 id.
27. 9.72 Marzi *Adolfo* . . . 2 bers.
27. 2.71 Archini *Nastore* . . . 1 gran.
26. 5.73 Vessella *Pasquale* . . . cav. Foggia (41)
20. 10.73 Facci *Giuseppe* . . . 4 bers.
27. 12.72 De Pascalis *Salvatore* . . . 25 fant.
20. 1.71 Trulli *Gabriele* . . . 44 id.
27. 4.74 Primangeli *Valerio* . . . 60 id.
14. 6.72 Bianchi *Carlo* . . . 2 bers.
3. 12.74 Stagliano *Berardino* . . . 72 fant.
3. 4.71 Columba *Cesare* . . . 73 id.
20. 4.72 Cicciomessere *Pasquale* . . . 45 id.
3. 4.73 Campani *Paolo* . . . 34 id.
6. 9.71 Frassinetti *Antonio* . . . cav. Novara (5)
20. 12.71 Malinverno *Carlo* . . . 21 fant.
7. 1.72 Ghersi *Lorenzo* . . . 4 id.
16. 8.71 Barbaro *Nicòlò* . . . 4 bers.
24. 5.73 Volpe *Nicòlò* . . . 16 fant.
23. 5.73 Durando *Giulio* . . . 41 id.
16. 1.71 Canaletti *Rinaldo* . . . 38 id.
29. 7.72 Gandini *Pietro* . . . 92 id.
24. 2.73 Politini *Giuseppe* . . . 31 id.
22. 1.73 Bernardelli *Umberto* . . . 2 gran.
15. 8.71 Tibuletti *Carlo* . . . 92 fant.
30. 3.73 Beretta *Augusto* . . . 91 id.
3. 5.74 Lombi *Elvire* . . . 38 id.
13. 4.73 Del Vesco *Alvise* . . . 61 id.
3. 6.72 Albareto *Pio* . . . 27 id.
8. 6.72 Antoci *Antonio Maria* . . . 4 bers.
5. 11.74 Pipino *Francesco* . . . cav. Aosta (6)
17. 7.73 Campili *Francesco* . . . 44 fant.
12. 5.73 Sparano *Gennaro* . . . 6 id.
24. 1.72 Gualco *Giacomo* . . . 35 id.
1. 3.73 Azzarello *Giuseppe* . . . 29 id.
21. 8.72 Pagliara *Ferdinando* . . . cav. Vitt. Em.
(10)
22. 6.74 Grimaldi *Nicòlò* . . . 16 fant.
26. 4.72 Giuliano *Ottaviano* . . . 74 id.
4. 5.73 Arienzo *Francesco* . . . 1 gran.
6. 9.73 Masciotta *Eligio* . . . 24 fant.
23. 2.74 Vitullo *Francesco* . . . 65 id.
14. 5.74 Castelli *Antonio* . . . cav. Nizza (1)
16. 10.73 Cameli *Carlo* . . . 33 fant.
11. 6.71 Frau *Antioeo Luigi* . . . 40 id.
20. 1.71 Dellino *Paolo Luigi* . . . 23 id.
6. 2.72 De Paulis *Francesco* . . . cav. Savoia (3)

dal n. 69 al n. 230

3 luglio 1898

26	4.71	Masta <i>Placido</i>	9 fant.
8	2.72	Tedde <i>Oreste</i>	9 id.
26.	6.72	Mercadante <i>Francesco</i> . .	29 id.
31.	7.72	Pirani <i>Telesio</i>	33 id.
7.	7.73	Incono <i>Salvatore</i>	cav. Piem. R. (2)
41	12.72	Sberna <i>Sebastiano</i>	33 fant.
31	3.71	Maneschi <i>Marino</i>	41 bers.
31	8.73	Disalvo <i>Giuseppe</i>	cav. Saluzzo (12)
28.	9.73	Pensa <i>Gennaro</i>	48 fant.
21	2.71	Cataldi <i>Giuseppe</i>	9 bers.
26.	1.72	D'Alfonso <i>Giustino</i>	65 fant.
18	4.72	Postiglione <i>Camillo</i>	88 id.
5	12.71	Monopoli <i>Cosmo</i>	43 id.
38	7.72	Fabri <i>Pietro</i>	33 id.
13.	10.72	Grimaldi <i>Archelao</i>	37 id.
29	11.71	Piacente <i>Francesco</i>	80 id.
8	12.71	Renna <i>Sebastiano</i>	56 id.
8.	2.71	Montessori <i>Alfonso</i>	77 id.
1.	5.70	Finelli <i>Enrico</i>	cav. Genova (4)
45	3.71	Arturi <i>Francesco</i>	19 fant.
21.	6.71	Polliti <i>Angelo</i>	42 id.
20.	5.72	Leone <i>Salvatore</i>	74 id.
3.	6.71	Poggia <i>Pietro</i>	45 id.
20	3.73	Cazzola <i>Armando</i>	54 id.
45	10.72	Cassone <i>Mario</i>	35 id.
3.	2.72	Battaglia <i>Salvatore</i>	46 id.
24	8.71	Catapano <i>Emilio</i>	40 id.
45	11.72	Romano <i>Gerardo</i>	2 id.
43.	2.71	Navarra <i>Leonardo</i>	43 id.
25	11.70	Persico <i>Tommaso</i>	82 id.
47.	4.72	De Angelis <i>Luigi</i>	66 id.
8	14.71	Consolo <i>Carmelo</i>	30 id.
43.	5.71	Caputo <i>Alessandro</i>	28 id.
2	10.72	Petrone <i>Vincenzo</i>	53 id.
45.	3.73	Mulas <i>Nicolino</i>	9 id.
25	9.73	Conte <i>Giov. Battista</i>	39 id.
2	11.73	Macri <i>Fortunato</i>	9 bers.
48	3.73	Adamo <i>Giuseppe</i>	8 fant.
20	4.74	Rocchi <i>Giulio</i>	cav. Padova (21)
41.	9.71	Milone <i>Gaetano</i>	81 fant.
41.	9.72	Macedonio <i>Paolo</i>	47 id.
9	11.71	Uras <i>Raffaele</i>	78 id.
8.	2.71	Marchello <i>Giulio</i>	3 bers.
28.	7.71	Spoto <i>Giuseppe</i>	4 fant.
26	9.74	Roverio <i>Girolamo</i>	30 id.
1	3.71	Locci <i>Bernardina</i>	61 id.
26.	2.71	Serri <i>Scipione</i>	26 id.
41.	9.72	Gahani <i>Antonio</i>	79 id.
14	12.72	Carratello <i>Giuseppe</i>	35 id.
21	2.73	Ghirardi <i>Paolo</i>	90 id.
49.	5.70	Carpinello <i>Andrea</i>	89 id.

FARMACISTI MILITARI

CHIMICO FARMACISTA ISPETTORE

n. 6

18 agosto 1885

6. 9.52 Ponzi *Brasmo*, Φ . . . ispett. san. mil.

CHIMICO FARMACISTA DIRETTORE

n. 2

4 maggio 1888

10. 9.52 Antolino *Bernardo*, Φ . . . far. cent. mil.

FARMACISTI CAPI DI 1^a CLASSE

dal n. 2 al n. 46

10 settembre 1885

5 11.36 Risoletti *Sossio*, Φ , Φ . . . osp. Milano

12 gennaio 1886

6 9.52 Brero *Giovanni*, Φ . . . far. cent. mil.

30 ottobre 1886

6 12.53 Amoroso *Vincenzo*, Φ . . .

Φ . . . far. cent. mil.

27 ottobre 1887

23. 6.50 Franciosini *Guido*, Φ . . . osp. Roma

4 maggio 1888

27. 1.51 Pigozzo *Felice*, Φ . . . far. cent. mil.

6 aprile 1888

10. 9.52 La Rotonda *Raffaele*, Φ . . . osp. Napoli

FARMACISTI CAPI DI 2^a CLASSE

dal n. 2 al n. 46

4 novembre 1885

17 8.53 Nasi *Pietro*, aspett. inf.

25 agosto 1885

4. 2.55 Bollo *Giorgio*, Φ . . . osp. Novara

25 maggio 1885

19. 2.51 Bolognini *Carlo*, Φ . . . osp. Ancona

21. 1.48 Francesconi *Giacomo*, Φ id. Piacenza

10 settembre 1885

23 12.51 Gayta *Demetrio*, Φ . . . osp. Torino

12 gennaio 1886

12. 6.53 Carrier *Alfonso*, Φ . . . osp. Verona

dal n. 3 al n. 16

30 ottobre 1896

3 13.55 Abbati Antonio, $\frac{1}{2}$. . . osp. Alessan

27 ottobre 1897

31. 8.51 Carneletti Federico . . . osp. Bologna

18 dicembre 1897

3 10.55 Bompiani Alessandro . . . osp. Roma

12. 9.51 Russo Enrico . . . id. Caserta

23. 4.53 Chialchia Andrea . . . id. Padova

7. 8.50 Sola Giuseppe . . . id. Firenze

4 11.50 Pellizzari Coriolano . . . id. Palermo

7.11.50 Meneghello Giovanni, $\frac{1}{2}$. . .

id. Bari

1 10.51 De Paoli Antonio, $\frac{1}{2}$, $\frac{1}{2}$ "

R. trup. Afr.

4 maggio 1898

2. 3.51 Lovadina Marco, $\frac{1}{2}$. . . far cent. mil.

6 aprile 1899

6 11.53 Belluzzi Arturo . . . osp. Messina

2. 3.52 Rovere Giuseppe . . . id. Livorno

FARMACISTI DI 1^a CLASSE

dal n. 1 al n. 19

25 agosto 1893

27. 6.52 Coccone Maggioreino, $\frac{1}{2}$. . . laietl. sanità

20 maggio 1895

19. 6.54 Marini Pietro, $\frac{1}{2}$ " " " osp. Venezia

17. 7.56 Tonini Luigi . . . id. Roma

9 11.51 Bozzola Eugenio . . . id. Genova

12 gennaio 1898

5. 4.51 Sibilla Gio. Battista . . . osp. Chieti

30 ottobre 1898

1. 7.51 Bertoldi Antenore . . . osp. Brescia

27 ottobre 1897

27. 3.52 Roldrini Fedele . . . osp. Verona

(succ. Mantova)

18 dicembre 1897

3. 5.52 Bifulco Aurelio . . . osp. Salerno

8. 6.58 Mantice Giovanni . . . id. Cagliari

28. 5.56 Marini Francesco . . . id. Roma

29. 5.53 Natale Luigi . . . id. Chieti

(inf. pres. Aquila)

1. 9.56 Menniti Raffaele . . . aspell. inf.

15. 1.5 Rossi Carlo . . . osp. Savign.

1. 3.55 Chemin Antonio, $\frac{1}{2}$ " . . . id. Perugia

18. 9.54 Amatore Antonio . . . id. Napoli

28. 5.53 Meghardi Domenico, $\frac{1}{2}$ " . . . id. Ravenna

4 maggio 1898

18. 9.56 Pompeiani Carlo . . . osp. Catanzaro

6 aprile 1899

31. 8.57 Fabris Riccardo . . . osp. Padova

(succ. Udine)

FARMACISTI DI 2ª CLASSE

dal n. 2 al n. 96

25 gennaio 1888

37. 7.57 Mannaioni Giovanni . . . osp. Ravenna

10 febbraio 1888

3. 7.53 Alberani Amilio . . . osp. Napoli
(inf. pres. Gaeta)

25 settembre 1888

6. 3.54 Cervellini Antonio. . . . succ. Venezia

5 maggio 1889

1. 2.57 Giuffrèdi Giuffredo . . . osp. Piacenza
(succ. Parma)20. 11.57 Rolini Michele, @ ¹⁰ ¹¹ ¹² ¹³ ¹⁴ ¹⁵ ¹⁶ ¹⁷ ¹⁸ ¹⁹ ²⁰ ²¹ ²² ²³ ²⁴ ²⁵ ²⁶ ²⁷ ²⁸ ²⁹ ³⁰ ³¹ ³² ³³ ³⁴ ³⁵ ³⁶ ³⁷ ³⁸ ³⁹ ⁴⁰ ⁴¹ ⁴² ⁴³ ⁴⁴ ⁴⁵ ⁴⁶ ⁴⁷ ⁴⁸ ⁴⁹ ⁵⁰ ⁵¹ ⁵² ⁵³ ⁵⁴ ⁵⁵ ⁵⁶ ⁵⁷ ⁵⁸ ⁵⁹ ⁶⁰ ⁶¹ ⁶² ⁶³ ⁶⁴ ⁶⁵ ⁶⁶ ⁶⁷ ⁶⁸ ⁶⁹ ⁷⁰ ⁷¹ ⁷² ⁷³ ⁷⁴ ⁷⁵ ⁷⁶ ⁷⁷ ⁷⁸ ⁷⁹ ⁸⁰ ⁸¹ ⁸² ⁸³ ⁸⁴ ⁸⁵ ⁸⁶ ⁸⁷ ⁸⁸ ⁸⁹ ⁹⁰ ⁹¹ ⁹² ⁹³ ⁹⁴ ⁹⁵ ⁹⁶ ⁹⁷ ⁹⁸ ⁹⁹ ¹⁰⁰ ¹⁰¹ ¹⁰² ¹⁰³ ¹⁰⁴ ¹⁰⁵ ¹⁰⁶ ¹⁰⁷ ¹⁰⁸ ¹⁰⁹ ¹¹⁰ ¹¹¹ ¹¹² ¹¹³ ¹¹⁴ ¹¹⁵ ¹¹⁶ ¹¹⁷ ¹¹⁸ ¹¹⁹ ¹²⁰ ¹²¹ ¹²² ¹²³ ¹²⁴ ¹²⁵ ¹²⁶ ¹²⁷ ¹²⁸ ¹²⁹ ¹³⁰ ¹³¹ ¹³² ¹³³ ¹³⁴ ¹³⁵ ¹³⁶ ¹³⁷ ¹³⁸ ¹³⁹ ¹⁴⁰ ¹⁴¹ ¹⁴² ¹⁴³ ¹⁴⁴ ¹⁴⁵ ¹⁴⁶ ¹⁴⁷ ¹⁴⁸ ¹⁴⁹ ¹⁵⁰ ¹⁵¹ ¹⁵² ¹⁵³ ¹⁵⁴ ¹⁵⁵ ¹⁵⁶ ¹⁵⁷ ¹⁵⁸ ¹⁵⁹ ¹⁶⁰ ¹⁶¹ ¹⁶² ¹⁶³ ¹⁶⁴ ¹⁶⁵ ¹⁶⁶ ¹⁶⁷ ¹⁶⁸ ¹⁶⁹ ¹⁷⁰ ¹⁷¹ ¹⁷² ¹⁷³ ¹⁷⁴ ¹⁷⁵ ¹⁷⁶ ¹⁷⁷ ¹⁷⁸ ¹⁷⁹ ¹⁸⁰ ¹⁸¹ ¹⁸² ¹⁸³ ¹⁸⁴ ¹⁸⁵ ¹⁸⁶ ¹⁸⁷ ¹⁸⁸ ¹⁸⁹ ¹⁹⁰ ¹⁹¹ ¹⁹² ¹⁹³ ¹⁹⁴ ¹⁹⁵ ¹⁹⁶ ¹⁹⁷ ¹⁹⁸ ¹⁹⁹ ²⁰⁰ ²⁰¹ ²⁰² ²⁰³ ²⁰⁴ ²⁰⁵ ²⁰⁶ ²⁰⁷ ²⁰⁸ ²⁰⁹ ²¹⁰ ²¹¹ ²¹² ²¹³ ²¹⁴ ²¹⁵ ²¹⁶ ²¹⁷ ²¹⁸ ²¹⁹ ²²⁰ ²²¹ ²²² ²²³ ²²⁴ ²²⁵ ²²⁶ ²²⁷ ²²⁸ ²²⁹ ²³⁰ ²³¹ ²³² ²³³ ²³⁴ ²³⁵ ²³⁶ ²³⁷ ²³⁸ ²³⁹ ²⁴⁰ ²⁴¹ ²⁴² ²⁴³ ²⁴⁴ ²⁴⁵ ²⁴⁶ ²⁴⁷ ²⁴⁸ ²⁴⁹ ²⁵⁰ ²⁵¹ ²⁵² ²⁵³ ²⁵⁴ ²⁵⁵ ²⁵⁶ ²⁵⁷ ²⁵⁸ ²⁵⁹ ²⁶⁰ ²⁶¹ ²⁶² ²⁶³ ²⁶⁴ ²⁶⁵ ²⁶⁶ ²⁶⁷ ²⁶⁸ ²⁶⁹ ²⁷⁰ ²⁷¹ ²⁷² ²⁷³ ²⁷⁴ ²⁷⁵ ²⁷⁶ ²⁷⁷ ²⁷⁸ ²⁷⁹ ²⁸⁰ ²⁸¹ ²⁸² ²⁸³ ²⁸⁴ ²⁸⁵ ²⁸⁶ ²⁸⁷ ²⁸⁸ ²⁸⁹ ²⁹⁰ ²⁹¹ ²⁹² ²⁹³ ²⁹⁴ ²⁹⁵ ²⁹⁶ ²⁹⁷ ²⁹⁸ ²⁹⁹ ³⁰⁰ ³⁰¹ ³⁰² ³⁰³ ³⁰⁴ ³⁰⁵ ³⁰⁶ ³⁰⁷ ³⁰⁸ ³⁰⁹ ³¹⁰ ³¹¹ ³¹² ³¹³ ³¹⁴ ³¹⁵ ³¹⁶ ³¹⁷ ³¹⁸ ³¹⁹ ³²⁰ ³²¹ ³²² ³²³ ³²⁴ ³²⁵ ³²⁶ ³²⁷ ³²⁸ ³²⁹ ³³⁰ ³³¹ ³³² ³³³ ³³⁴ ³³⁵ ³³⁶ ³³⁷ ³³⁸ ³³⁹ ³⁴⁰ ³⁴¹ ³⁴² ³⁴³ ³⁴⁴ ³⁴⁵ ³⁴⁶ ³⁴⁷ ³⁴⁸ ³⁴⁹ ³⁵⁰ ³⁵¹ ³⁵² ³⁵³ ³⁵⁴ ³⁵⁵ ³⁵⁶ ³⁵⁷ ³⁵⁸ ³⁵⁹ ³⁶⁰ ³⁶¹ ³⁶² ³⁶³ ³⁶⁴ ³⁶⁵ ³⁶⁶ ³⁶⁷ ³⁶⁸ ³⁶⁹ ³⁷⁰ ³⁷¹ ³⁷² ³⁷³ ³⁷⁴ ³⁷⁵ ³⁷⁶ ³⁷⁷ ³⁷⁸ ³⁷⁹ ³⁸⁰ ³⁸¹ ³⁸² ³⁸³ ³⁸⁴ ³⁸⁵ ³⁸⁶ ³⁸⁷ ³⁸⁸ ³⁸⁹ ³⁹⁰ ³⁹¹ ³⁹² ³⁹³ ³⁹⁴ ³⁹⁵ ³⁹⁶ ³⁹⁷ ³⁹⁸ ³⁹⁹ ⁴⁰⁰ ⁴⁰¹ ⁴⁰² ⁴⁰³ ⁴⁰⁴ ⁴⁰⁵ ⁴⁰⁶ ⁴⁰⁷ ⁴⁰⁸ ⁴⁰⁹ ⁴¹⁰ ⁴¹¹ ⁴¹² ⁴¹³ ⁴¹⁴ ⁴¹⁵ ⁴¹⁶ ⁴¹⁷ ⁴¹⁸ ⁴¹⁹ ⁴²⁰ ⁴²¹ ⁴²² ⁴²³ ⁴²⁴ ⁴²⁵ ⁴²⁶ ⁴²⁷ ⁴²⁸ ⁴²⁹ ⁴³⁰ ⁴³¹ ⁴³² ⁴³³ ⁴³⁴ ⁴³⁵ ⁴³⁶ ⁴³⁷ ⁴³⁸ ⁴³⁹ ⁴⁴⁰ ⁴⁴¹ ⁴⁴² ⁴⁴³ ⁴⁴⁴ ⁴⁴⁵ ⁴⁴⁶ ⁴⁴⁷ ⁴⁴⁸ ⁴⁴⁹ ⁴⁵⁰ ⁴⁵¹ ⁴⁵² ⁴⁵³ ⁴⁵⁴ ⁴⁵⁵ ⁴⁵⁶ ⁴⁵⁷ ⁴⁵⁸ ⁴⁵⁹ ⁴⁶⁰ ⁴⁶¹ ⁴⁶² ⁴⁶³ ⁴⁶⁴ ⁴⁶⁵ ⁴⁶⁶ ⁴⁶⁷ ⁴⁶⁸ ⁴⁶⁹ ⁴⁷⁰ ⁴⁷¹ ⁴⁷² ⁴⁷³ ⁴⁷⁴ ⁴⁷⁵ ⁴⁷⁶ ⁴⁷⁷ ⁴⁷⁸ ⁴⁷⁹ ⁴⁸⁰ ⁴⁸¹ ⁴⁸² ⁴⁸³ ⁴⁸⁴ ⁴⁸⁵ ⁴⁸⁶ ⁴⁸⁷ ⁴⁸⁸ ⁴⁸⁹ ⁴⁹⁰ ⁴⁹¹ ⁴⁹² ⁴⁹³ ⁴⁹⁴ ⁴⁹⁵ ⁴⁹⁶ ⁴⁹⁷ ⁴⁹⁸ ⁴⁹⁹ ⁵⁰⁰ ⁵⁰¹ ⁵⁰² ⁵⁰³ ⁵⁰⁴ ⁵⁰⁵ ⁵⁰⁶ ⁵⁰⁷ ⁵⁰⁸ ⁵⁰⁹ ⁵¹⁰ ⁵¹¹ ⁵¹² ⁵¹³ ⁵¹⁴ ⁵¹⁵ ⁵¹⁶ ⁵¹⁷ ⁵¹⁸ ⁵¹⁹ ⁵²⁰ ⁵²¹ ⁵²² ⁵²³ ⁵²⁴ ⁵²⁵ ⁵²⁶ ⁵²⁷ ⁵²⁸ ⁵²⁹ ⁵³⁰ ⁵³¹ ⁵³² ⁵³³ ⁵³⁴ ⁵³⁵ ⁵³⁶ ⁵³⁷ ⁵³⁸ ⁵³⁹ ⁵⁴⁰ ⁵⁴¹ ⁵⁴² ⁵⁴³ ⁵⁴⁴ ⁵⁴⁵ ⁵⁴⁶ ⁵⁴⁷ ⁵⁴⁸ ⁵⁴⁹ ⁵⁵⁰ ⁵⁵¹ ⁵⁵² ⁵⁵³ ⁵⁵⁴ ⁵⁵⁵ ⁵⁵⁶ ⁵⁵⁷ ⁵⁵⁸ ⁵⁵⁹ ⁵⁶⁰ ⁵⁶¹ ⁵⁶² ⁵⁶³ ⁵⁶⁴ ⁵⁶⁵ ⁵⁶⁶ ⁵⁶⁷ ⁵⁶⁸ ⁵⁶⁹ ⁵⁷⁰ ⁵⁷¹ ⁵⁷² ⁵⁷³ ⁵⁷⁴ ⁵⁷⁵ ⁵⁷⁶ ⁵⁷⁷ ⁵⁷⁸ ⁵⁷⁹ ⁵⁸⁰ ⁵⁸¹ ⁵⁸² ⁵⁸³ ⁵⁸⁴ ⁵⁸⁵ ⁵⁸⁶ ⁵⁸⁷ ⁵⁸⁸ ⁵⁸⁹ ⁵⁹⁰ ⁵⁹¹ ⁵⁹² ⁵⁹³ ⁵⁹⁴ ⁵⁹⁵ ⁵⁹⁶ ⁵⁹⁷ ⁵⁹⁸ ⁵⁹⁹ ⁶⁰⁰ ⁶⁰¹ ⁶⁰² ⁶⁰³ ⁶⁰⁴ ⁶⁰⁵ ⁶⁰⁶ ⁶⁰⁷ ⁶⁰⁸ ⁶⁰⁹ ⁶¹⁰ ⁶¹¹ ⁶¹² ⁶¹³ ⁶¹⁴ ⁶¹⁵ ⁶¹⁶ ⁶¹⁷ ⁶¹⁸ ⁶¹⁹ ⁶²⁰ ⁶²¹ ⁶²² ⁶²³ ⁶²⁴ ⁶²⁵ ⁶²⁶ ⁶²⁷ ⁶²⁸ ⁶²⁹ ⁶³⁰ ⁶³¹ ⁶³² ⁶³³ ⁶³⁴ ⁶³⁵ ⁶³⁶ ⁶³⁷ ⁶³⁸ ⁶³⁹ ⁶⁴⁰ ⁶⁴¹ ⁶⁴² ⁶⁴³ ⁶⁴⁴ ⁶⁴⁵ ⁶⁴⁶ ⁶⁴⁷ ⁶⁴⁸ ⁶⁴⁹ ⁶⁵⁰ ⁶⁵¹ ⁶⁵² ⁶⁵³ ⁶⁵⁴ ⁶⁵⁵ ⁶⁵⁶ ⁶⁵⁷ ⁶⁵⁸ ⁶⁵⁹ ⁶⁶⁰ ⁶⁶¹ ⁶⁶² ⁶⁶³ ⁶⁶⁴ ⁶⁶⁵ ⁶⁶⁶ ⁶⁶⁷ ⁶⁶⁸ ⁶⁶⁹ ⁶⁷⁰ ⁶⁷¹ ⁶⁷² ⁶⁷³ ⁶⁷⁴ ⁶⁷⁵ ⁶⁷⁶ ⁶⁷⁷ ⁶⁷⁸ ⁶⁷⁹ ⁶⁸⁰ ⁶⁸¹ ⁶⁸² ⁶⁸³ ⁶⁸⁴ ⁶⁸⁵ ⁶⁸⁶ ⁶⁸⁷ ⁶⁸⁸ ⁶⁸⁹ ⁶⁹⁰ ⁶⁹¹ ⁶⁹² ⁶⁹³ ⁶⁹⁴ ⁶⁹⁵ ⁶⁹⁶ ⁶⁹⁷ ⁶⁹⁸ ⁶⁹⁹ ⁷⁰⁰ ⁷⁰¹ ⁷⁰² ⁷⁰³ ⁷⁰⁴ ⁷⁰⁵ ⁷⁰⁶ ⁷⁰⁷ ⁷⁰⁸ ⁷⁰⁹ ⁷¹⁰ ⁷¹¹ ⁷¹² ⁷¹³ ⁷¹⁴ ⁷¹⁵ ⁷¹⁶ ⁷¹⁷ ⁷¹⁸ ⁷¹⁹ ⁷²⁰ ⁷²¹ ⁷²² ⁷²³ ⁷²⁴ ⁷²⁵ ⁷²⁶ ⁷²⁷ ⁷²⁸ ⁷²⁹ ⁷³⁰ ⁷³¹ ⁷³² ⁷³³ ⁷³⁴ ⁷³⁵ ⁷³⁶ ⁷³⁷ ⁷³⁸ ⁷³⁹ ⁷⁴⁰ ⁷⁴¹ ⁷⁴² ⁷⁴³ ⁷⁴⁴ ⁷⁴⁵ ⁷⁴⁶ ⁷⁴⁷ ⁷⁴⁸ ⁷⁴⁹ ⁷⁵⁰ ⁷⁵¹ ⁷⁵² ⁷⁵³ ⁷⁵⁴ ⁷⁵⁵ ⁷⁵⁶ ⁷⁵⁷ ⁷⁵⁸ ⁷⁵⁹ ⁷⁶⁰ ⁷⁶¹ ⁷⁶² ⁷⁶³ ⁷⁶⁴ ⁷⁶⁵ ⁷⁶⁶ ⁷⁶⁷ ⁷⁶⁸ ⁷⁶⁹ ⁷⁷⁰ ⁷⁷¹ ⁷⁷² ⁷⁷³ ⁷⁷⁴ ⁷⁷⁵ ⁷⁷⁶ ⁷⁷⁷ ⁷⁷⁸ ⁷⁷⁹ ⁷⁸⁰ ⁷⁸¹ ⁷⁸² ⁷⁸³ ⁷⁸⁴ ⁷⁸⁵ ⁷⁸⁶ ⁷⁸⁷ ⁷⁸⁸ ⁷⁸⁹ ⁷⁹⁰ ⁷⁹¹ ⁷⁹² ⁷⁹³ ⁷⁹⁴ ⁷⁹⁵ ⁷⁹⁶ ⁷⁹⁷ ⁷⁹⁸ ⁷⁹⁹ ⁸⁰⁰ ⁸⁰¹ ⁸⁰² ⁸⁰³ ⁸⁰⁴ ⁸⁰⁵ ⁸⁰⁶ ⁸⁰⁷ ⁸⁰⁸ ⁸⁰⁹ ⁸¹⁰ ⁸¹¹ ⁸¹² ⁸¹³ ⁸¹⁴ ⁸¹⁵ ⁸¹⁶ ⁸¹⁷ ⁸¹⁸ ⁸¹⁹ ⁸²⁰ ⁸²¹ ⁸²² ⁸²³ ⁸²⁴ ⁸²⁵ ⁸²⁶ ⁸²⁷ ⁸²⁸ ⁸²⁹ ⁸³⁰ ⁸³¹ ⁸³² ⁸³³ ⁸³⁴ ⁸³⁵ ⁸³⁶ ⁸³⁷ ⁸³⁸ ⁸³⁹ ⁸⁴⁰ ⁸⁴¹ ⁸⁴² ⁸⁴³ ⁸⁴⁴ ⁸⁴⁵ ⁸⁴⁶ ⁸⁴⁷ ⁸⁴⁸ ⁸⁴⁹ ⁸⁵⁰ ⁸⁵¹ ⁸⁵² ⁸⁵³ ⁸⁵⁴ ⁸⁵⁵ ⁸⁵⁶ ⁸⁵⁷ ⁸⁵⁸ ⁸⁵⁹ ⁸⁶⁰ ⁸⁶¹ ⁸⁶² ⁸⁶³ ⁸⁶⁴ ⁸⁶⁵ ⁸⁶⁶ ⁸⁶⁷ ⁸⁶⁸ ⁸⁶⁹ ⁸⁷⁰ ⁸⁷¹ ⁸⁷² ⁸⁷³ ⁸⁷⁴ ⁸⁷⁵ ⁸⁷⁶ ⁸⁷⁷ ⁸⁷⁸ ⁸⁷⁹ ⁸⁸⁰ ⁸⁸¹ ⁸⁸² ⁸⁸³ ⁸⁸⁴ ⁸⁸⁵ ⁸⁸⁶ ⁸⁸⁷ ⁸⁸⁸ ⁸⁸⁹ ⁸⁹⁰ ⁸⁹¹ ⁸⁹² ⁸⁹³ ⁸⁹⁴ ⁸⁹⁵ ⁸⁹⁶ ⁸⁹⁷ ⁸⁹⁸ ⁸⁹⁹ ⁹⁰⁰ ⁹⁰¹ ⁹⁰² ⁹⁰³ ⁹⁰⁴ ⁹⁰⁵ ⁹⁰⁶ ⁹⁰⁷ ⁹⁰⁸ ⁹⁰⁹ ⁹¹⁰ ⁹¹¹ ⁹¹² ⁹¹³ ⁹¹⁴ ⁹¹⁵ ⁹¹⁶ ⁹¹⁷ ⁹¹⁸ ⁹¹⁹ ⁹²⁰ ⁹²¹ ⁹²² ⁹²³ ⁹²⁴ ⁹²⁵ ⁹²⁶ ⁹²⁷ ⁹²⁸ ⁹²⁹ ⁹³⁰ ⁹³¹ ⁹³² ⁹³³ ⁹³⁴ ⁹³⁵ ⁹³⁶ ⁹³⁷ ⁹³⁸ ⁹³⁹ ⁹⁴⁰ ⁹⁴¹ ⁹⁴² ⁹⁴³ ⁹⁴⁴ ⁹⁴⁵ ⁹⁴⁶ ⁹⁴⁷ ⁹⁴⁸ ⁹⁴⁹ ⁹⁵⁰ ⁹⁵¹ ⁹⁵² ⁹⁵³ ⁹⁵⁴ ⁹⁵⁵ ⁹⁵⁶ ⁹⁵⁷ ⁹⁵⁸ ⁹⁵⁹ ⁹⁶⁰ ⁹⁶¹ ⁹⁶² ⁹⁶³ ⁹⁶⁴ ⁹⁶⁵ ⁹⁶⁶ ⁹⁶⁷ ⁹⁶⁸ ⁹⁶⁹ ⁹⁷⁰ ⁹⁷¹ ⁹⁷² ⁹⁷³ ⁹⁷⁴ ⁹⁷⁵ ⁹⁷⁶ ⁹⁷⁷ ⁹⁷⁸ ⁹⁷⁹ ⁹⁸⁰ ⁹⁸¹ ⁹⁸² ⁹⁸³ ⁹⁸⁴ ⁹⁸⁵ ⁹⁸⁶ ⁹⁸⁷ ⁹⁸⁸ ⁹⁸⁹ ⁹⁹⁰ ⁹⁹¹ ⁹⁹² ⁹⁹³ ⁹⁹⁴ ⁹⁹⁵ ⁹⁹⁶ ⁹⁹⁷ ⁹⁹⁸ ⁹⁹⁹ ¹⁰⁰⁰ ¹⁰⁰¹ ¹⁰⁰² ¹⁰⁰³ ¹⁰⁰⁴ ¹⁰⁰⁵ ¹⁰⁰⁶ ¹⁰⁰⁷ ¹⁰⁰⁸ ¹⁰⁰⁹ ¹⁰¹⁰ ¹⁰¹¹ ¹⁰¹² ¹⁰¹³ ¹⁰¹⁴ ¹⁰¹⁵ ¹⁰¹⁶ ¹⁰¹⁷ ¹⁰¹⁸ ¹⁰¹⁹ ¹⁰²⁰ ¹⁰²¹ ¹⁰²² ¹⁰²³ ¹⁰²⁴ ¹⁰²⁵ ¹⁰²⁶ ¹⁰²⁷ ¹⁰²⁸ ¹⁰²⁹ ¹⁰³⁰ ¹⁰³¹ ¹⁰³² ¹⁰³³ ¹⁰³⁴ ¹⁰³⁵ ¹⁰³⁶ ¹⁰³⁷ ¹⁰³⁸ ¹⁰³⁹ ¹⁰⁴⁰ ¹⁰⁴¹ ¹⁰⁴² ¹⁰⁴³ ¹⁰⁴⁴ ¹⁰⁴⁵ ¹⁰⁴⁶ ¹⁰⁴⁷ ¹⁰⁴⁸ ¹⁰⁴⁹ ¹⁰⁵⁰ ¹⁰⁵¹ ¹⁰⁵² ¹⁰⁵³ ¹⁰⁵⁴ ¹⁰⁵⁵ ¹⁰⁵⁶ ¹⁰⁵⁷ ¹⁰⁵⁸ ¹⁰⁵⁹ ¹⁰⁶⁰ ¹⁰⁶¹ ¹⁰⁶² ¹⁰⁶³ ¹⁰⁶⁴ ¹⁰⁶⁵ ¹⁰⁶⁶ ¹⁰⁶⁷ ¹⁰⁶⁸ ¹⁰⁶⁹ ¹⁰⁷⁰ ¹⁰⁷¹ ¹⁰⁷² ¹⁰⁷³ ¹⁰⁷⁴ ¹⁰⁷⁵ ¹⁰⁷⁶ ¹⁰⁷⁷ ¹⁰⁷⁸ ¹⁰⁷⁹ ¹⁰⁸⁰ ¹⁰⁸¹ ¹⁰⁸² ¹⁰⁸³ ¹⁰⁸⁴ ¹⁰⁸⁵ ¹⁰⁸⁶ ¹⁰⁸⁷ ¹⁰⁸⁸ ¹⁰⁸⁹ ¹⁰⁹⁰ ¹⁰⁹¹ ¹⁰⁹² ¹⁰⁹³ ¹⁰⁹⁴ ¹⁰⁹⁵ ¹⁰⁹⁶ ¹⁰⁹⁷ ¹⁰⁹⁸ ¹⁰⁹⁹ ¹¹⁰⁰ ¹¹⁰¹ ¹¹⁰² ¹¹⁰³ ¹¹⁰⁴ ¹¹⁰⁵ ¹¹⁰⁶ ¹¹⁰⁷ ¹¹⁰⁸ ¹¹⁰⁹ ¹¹¹⁰ ¹¹¹¹ ¹¹¹² ¹¹¹³ ¹¹¹⁴ ¹¹¹⁵ ¹¹¹⁶ ¹¹¹⁷ ¹¹¹⁸ ¹¹¹⁹ ¹¹²⁰ ¹¹²¹ ¹¹²² ¹¹²³ ¹¹²⁴ ¹¹²⁵ ¹¹²⁶ ¹¹²⁷ ¹¹²⁸ ¹¹²⁹ ¹¹³⁰ ¹¹³¹ ¹¹³² ¹¹³³ ¹¹³⁴ ¹¹³⁵ ¹¹³⁶ ¹¹³⁷ ¹¹³⁸ ¹¹³⁹ ¹¹⁴⁰ ¹¹⁴¹ ¹¹⁴² ¹¹⁴³ ¹¹⁴⁴ ¹¹⁴⁵ ¹¹⁴⁶ ¹¹⁴⁷ ¹¹⁴⁸ ¹¹⁴⁹ ¹¹⁵⁰ ¹¹⁵¹ ¹¹⁵² ¹¹⁵³ ¹¹⁵⁴ ¹¹⁵⁵ ¹¹⁵⁶ ¹¹⁵⁷ ¹¹⁵⁸ ¹¹⁵⁹ ¹¹⁶⁰ ¹¹⁶¹ ¹¹⁶² ¹¹⁶³ ¹¹⁶⁴ ¹¹⁶⁵ ¹¹⁶⁶ ¹¹⁶⁷ ¹¹⁶⁸ ¹¹⁶⁹ ¹¹⁷⁰ ¹¹⁷¹ ¹¹⁷² ¹¹⁷³ ¹¹⁷⁴ ¹¹⁷⁵ ¹¹⁷⁶ ¹¹⁷⁷ ¹¹⁷⁸ ¹¹⁷⁹ ¹¹⁸⁰ ¹¹⁸¹ ¹¹⁸² ¹¹⁸³ ¹¹⁸⁴ ¹¹⁸⁵ ¹¹⁸⁶ ¹¹⁸⁷ ¹¹⁸⁸ ¹¹⁸⁹ ¹¹⁹⁰ ¹¹⁹¹ ¹¹⁹² ¹¹⁹³ ¹¹⁹⁴ ¹¹⁹⁵ ¹¹⁹⁶ ¹¹⁹⁷ ¹¹⁹⁸ ¹¹⁹⁹ ¹²⁰⁰ ¹²⁰¹ ¹²⁰² ¹²⁰³ ¹²⁰⁴ ¹²⁰⁵ ¹²⁰⁶ ¹²⁰⁷ ¹²⁰⁸ ¹²⁰⁹ ¹²¹⁰ ¹²¹¹ ¹²¹² ¹²¹³ ¹²¹⁴ ¹²¹⁵ ¹²¹⁶ ¹²¹⁷ ¹²¹⁸ ¹²¹⁹ ¹²²⁰ ¹²²¹ ¹²²² ¹²²³ ¹²²⁴ ¹²²⁵ ¹²²⁶ ¹²²⁷ ¹²²⁸ ¹²²⁹ ¹²³⁰ ¹²³¹ ¹²³² ¹²³³ ¹²³⁴ ¹²³⁵ ¹²³⁶ ¹²³⁷ ¹²³⁸ ¹²³⁹ ¹²⁴⁰ ¹²⁴¹ ¹²⁴² ¹²⁴³ ¹²⁴⁴ ¹²⁴⁵ ¹²⁴⁶ ¹²⁴⁷ ¹²⁴⁸ ¹²⁴⁹ ¹²⁵⁰ ¹²⁵¹ ¹²⁵² ¹²⁵³ ¹²⁵⁴ ¹²⁵⁵ ¹²⁵⁶ ¹²⁵⁷ ¹²⁵⁸ ¹²⁵⁹ ¹²⁶⁰ ¹²⁶¹ ¹²⁶² ¹²⁶³ ¹²⁶⁴ ¹²⁶⁵ ¹²⁶⁶ ¹²⁶⁷ ¹²⁶⁸ ¹²⁶⁹ ¹²⁷⁰ ¹²⁷¹ ¹²⁷² ¹²⁷³ ¹²⁷⁴ ¹²⁷⁵ ¹²⁷⁶ ¹²⁷⁷ ¹²⁷⁸ ¹²⁷⁹ ¹²⁸⁰ ¹²⁸¹ ¹²⁸² ¹²⁸³ ¹²⁸⁴ ¹²⁸⁵ ¹²⁸⁶ ¹²⁸⁷ ¹²⁸⁸ ¹²⁸⁹ ¹²⁹⁰ ¹²⁹¹ ¹²⁹² ¹²⁹³ ¹²⁹⁴ ¹²⁹⁵ ¹²⁹⁶ ¹²⁹⁷ ¹²⁹⁸ ¹²⁹⁹ ¹³⁰⁰ ¹³

FARMACISTI DI 3ª CLASSE

dal n. 1 al n. 34

25 settembre 1887

26. 5.61 Ronzi *Pietro* osp. Verona
(succ. Mantova)

25 gennaio 1888

- 7 12 61 Falchi *Emilio* osp. Ancona
30. 4 62 Celli *Vincenzo* id. Roma
14. 4 61 Polo *Lorenzo* id. Palermo

30 aprile 1888

- 13 4 39 Tedeschi *Francesco*, @ osp. Chieti
@ 47 48 49 50 osp. Chieti

18 ottobre 1888

- 1.10.39 Laurini *Carlo* osp. Palermo

9 maggio 1889

- 4.10.63 Damonte *Giuseppe* . . . far. cent. mil

9 maggio 1889

26. 8 64 Cornelli *Cornelio* . . . osp. Milano

25 ottobre 1889

- 3.11.64 Corelia *Primo*, @ 11-89 . . osp. Bologna

28 marzo 1890

7. 2 64 Nicolai *Angelo*, @ 11-89 . . osp. Firenze

27 aprile 1890

31. 8 67 Vaccaro *Francesco* . . . osp. Bologna

22 settembre 1890

4. 4 61 Rella *Francesco* . . . osp. Novara

14 maggio 1891

- 4 7 62 Marengo *Vittorio* . . . far. cent. mil

7 luglio 1891

- 4 13 65 Martinotti *Carlo* . . . osp. Alessan.
(inf. pres. Pavia)

23 agosto 1891

- 6.11 65 Corneho *Luigi* . . . far. cent. mil

25 settembre 1892

13. 3 66 Nonis *Gerolamo*, @ 11-89 . R. trup. Afr
7. 7 67 Forcherio *Luigi* . . . osp. Alessan.

18 febbraio 1893

10. 5 67 Enrico *Francesco* . . . osp. Padova

18 agosto 1893

3. 7 66 Guerrieri *Raffaele* . . . osp. Roma

25 agosto 1893

4. 8 67 Alberti *Egidio* . . . osp. Piacenza
17. 7 64 Giordano *Vincenzo* . . id. Salerno

15 marzo 1894

- 24 12 65 Martini *Giocanni*, @ 11-89 . osp. Verona

2 luglio 1896

- 24 9 72 Muzzioli *Antonio*, @ 11-89 . osp. Perugia
26 5 72 Suzzi *Filippo* pl. Torino

dal n. 95 al n. 99

11 agosto 1896

9. 1.68 Mirani *Celso*osp. Milano
11.68 Cerruti *Romolo*id. Alessandr.
(ass. onor. laborat. san. pubb.)
14.68 Santolimi *Augusto*id. Caserta

14 febbraio 1897

20. 9.68 Conti *Carlo*osp. Firenze

22 aprile 1897

- 10 1.71 Rietto *Alfonso*osp. Torino

1 luglio 1897

- 21 11 70 Del Piero *Gio. Battista* .osp. Bari

UFFICIALI MEDICI NELLA POSIZIONE DI SERVIZIO AUSILIARIO

MAGGIORI GENERALI MEDICI

dal n. 1 al n. 3

3 marzo 1893

5. 2.34 Borella *Silvio*, ● ✕ ○, Torino
✕ " " " " " " " " " " " "

2 luglio 1893

25. 1.34 Goria *Francesco*, U ● C ✕, Casale
○, ✕ " " " " " " " " " " " "

15 giugno 1893

34. 11.34 Ricciardi *Elire*, ● U ✕ " " Roma

COLONNELLI MEDICI

dal n. 1 al n. 10

12 giugno 1892

16. 4.35 Maltese *Vincenzo*, ● U ✕, Roma
✕ " " " " " " " " " " " "

11 dicembre 1892

20. 3.36 Corchi *Domenico*, ● U ✕, Modena
○, ✕ " " " " " " " " " " " "

14 dicembre 1894

1. 1.37 Sappa *Domenico*, ● U ✕, Torino
✕ " " " " " " " " " " " "

7 marzo 1895

11. 5.34 Paris *Andrea*, ● ✕, ✕ " " Barietta
15 gennaio 1896

15. 4.36 Ratochino *Carlo*, ● ✕ ✕ " Alessand.
9. 5.37 Pretti *Carlo*, ● C ✕ ○ ○,

✕ " " " " " " " " " " " "

2 luglio 1896

17. 12.33 Guida *Salvatore*, ● C ✕ ○, Roma
✕ " " " " " " " " " " " "

24. 6.37 Pisano *Giovanni Battista*,
● 1 ✕ ○, ✕ " " " " " " " " " " " "

10 marzo 1896

12. 9.39 Guerriero *Francesco*, ● ✕,
○, ✕ " " " " " " " " " " " "

19. 9.37 Monti *Roberto*, ● ✕ ✕ " " Pavia



TENENTI COLONNELLI MEDICI

dal n. 1 al n. 3

7 marzo 1895

21.39 Calvieri *Giulio*,    ¹⁰ Firenze

4 luglio 1898

5. 3.40 Orrù *Salvatore*,    ¹⁰ Cagliari3. 3.39 Mosci *Francesco*,    ¹⁰ Roma21. 9.40 Gottardi *Luigi*,    ¹⁰ Genova

18 marzo 1898

4. 3.43 Semplici *Ottavio*,  ¹⁰ Siena20. 3.43 Bonanno *Paolo*,   ¹⁰ Lucca



MAGGIORI MEDICI

dal n. 4 al n. 20

8 dicembre 1897

2. 3.47 Bizzarri *Rodolfo*,  ¹⁰

18 marzo 1898

21. 3.48 Nelli *Giuseppe*,  ¹⁰ Chieti24. 3.50 Guarino *Luigi*,  ¹⁰ Napoli10. 3.51 Napolitano *Michelangelo*,  ¹⁰ Roma20. 10.50 Gelormini *Rodolfo*,  ¹⁰ Avellino21. 4.49 Patella *Francesco Paolo*,  ¹⁰ Palermo20. 3.48 Fiorentino *Luigi*,   ¹⁰ Catanzaro10. 3.53 Curzi *Decio*,  ¹⁰ Siena4. 6.50 Oteri *Edoardo*,   ¹⁰ Salerno20. 4.49 Marchetti *Temistocle* ¹⁰ Macerata

CAPITANI MEDICI

dal n. 1 al n. 3

8 febbraio 1891

20. 2.47 Garrone *Giuseppe*,  ¹⁰ Mondovì

8 gennaio 1892

14. 11.48 Pecetto *Giovanni*,  ¹⁰

29 settembre 1892

20. 9.49 Iannelli *Vincenzo*,  ¹⁰

dal n. 4 al n. 33

10 maggio 1883

16. 4.52 Gherubini *Edoardo*, $\frac{1}{2}$. . . Roma20. 6.49 Fimiani *Antonio*, $\frac{1}{2}$

15 aprile 1884

3. 1.53 Sequi *Emanuele*, $\frac{1}{2}$. . . Cagliari

4 maggio 1884

1. 11.48 Carotenuto *Domenico*, $\frac{1}{2}$,
 $\textcircled{2}$ Noia19.10.40 Satti *Nicola*, $\frac{1}{2}$, $\textcircled{2}$. . . Torino

22 ottobre 1884

6. 8.50 Offredi *Pietro*, $\frac{1}{2}$. . . Torino18. 8.53 Bozoli *Giovanni*, $\frac{1}{2}$, $\textcircled{2}$. . .

18. 01. 01-02. 07

. Venezia

21.10.53 Ciampini *Cesare*, $\frac{1}{2}$, $\textcircled{2}$. . . Firenze10. 8.50 Ugliengo *Lorenzo*, $\frac{1}{2}$. . . Vercelli

5 aprile 1885

8. 2.50 Tripputi *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$. . . Caltanissetta

11 ottobre 1885

21. 3.52 Cacace *Francesco*, $\frac{1}{2}$. . . Napoli14.10.53 Spinelli *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$

22 ottobre 1885

3. 4.52 Artom *Abramo*, $\frac{1}{2}$ 26. 8.51 Pedrazzi *Alfredo*, $\frac{1}{2}$

21 marzo 1886

9. 9.53 Cataldi *Luigi*, $\frac{1}{2}$ 21. 5.54 Peroni *Felice*, $\frac{1}{2}$

28 settembre 1886

. 8.53 Mazzei nob. *Giovanni*, $\frac{1}{2}$. . . Firenze

24 febbraio 1887

18.11.53 Turco *Domenico*, $\frac{1}{2}$

24 dicembre 1888

12. 5.49 Grimaldi *Raffaele* Avellino11. 6.54 Del Giudice *Gastano* . . . Napoli

TENENTI MEDICI

dal n. 1 al n. 3

18 dicembre 1879

19. 7.45 Nasimbeni *Alessandro* . . . Padova

24 aprile 1879

16. 5.49 Dominèdò *Giuseppe* . . . Catania

UFFICIALI MEDICI DI RISERVA

MAGGIORI GENERALI MEDICI

dal n. 1 al n. 13

12. 4.31 Baccarani *Atauro*, ● C♣, ✕^m
— Firenze mar. 13
- 27.12.31 Santanera *Giovanni*, C ● C♣
○ ○ — Alessandria lug. 17
14. 1.25 Luvini *Giuseppe*, U ● C♣, ○^{m-m}
✕^{m-m} — Genova mar. 12
24. 6.25 Lanza *Giacinto*, U ● C♣ ○¹,
✓ — ✕^{m-m} — Voghera id.
30. 2.27 Miglior *Luigi*, ● C♣ ○ ○^{m-m}
✕^{m-m} — Genova id.
- 28.12.28 Pasca *Camillo*, ● C♣, ✕^m —
— Treviso id.
- 16.11.33 Ruffa *Luigi*, C ● C♣ ○ ○,
✕^{m-m} — Alessandria mar. 24
8. 9.23 Dainelli *Luigi*, ● C♣, ✕^m —
— Firenze lug. 5
23. 4.32 Saggini *Francesco*, C ● C♣ ○,
✕^m — Venezia apr. 19
9. 9.34 Ubaldi *Pietro*, U ● GU ♣ ○,
✕^m — Torino dic. 26
15. 7.35 Pabis *Emilio*, U ● GU ♣ ○ ○
○, ✕^{m-m} — Firenze id.
13. 2.33 Montanari *Luigi*, U ● GU ♣,
✕^{m-m} — Parma id.









COLONNELLI MEDICI

dal n. 1 al n. 4

24. 1.36 Campetti *Enrico*, ● U ♣ ○,
✕^m — Napoli nov. 13
7. 2.35 Radaelli *Pericle*, ● U ♣ ○,
✕^{m-m} — Bologna lug. 4
- 4.12.35 Casa *Niccolò*, ● U ♣, ✕^m
○^m — Novara dic. 24
- 16.10.35 Carasso *Antonio*, ● U ♣, ✕^m
— Torino mar. 10

dal n. 3 al n. 7

1898

3. 4.37 Vicoli *Filippo*,   — ,
 Roma mar. 10
 1. 8.34 Franchini *Eugenio*,  U ,
 — Roma id
 5. 7.34 Merli *Luigi*,  U ,  —
 Piacenza —

6













TENENTI COLONNELLI MEDICI

dal n. 1 al n. 9











1893

- 21 9.34 Calderini *Ferdinando*,   
 O,  — Milano lug. 7

1895

5. 9.35 Pascolo *Lorenzo*,   
 Chieti apr. 21
 17. 3.40 Volpe *Giacomo*,    —
 Chieti mag. 5
 16. 3.34 Barnabo *Angelo*,   
 — Piacenza lug. 4
 9. 5.35 Eliantonio *Domenico*,   
 — Bari id.

1898

16. 3.36 De Martini *Luigi*,   
 — Napoli mar. 10
 8.12.36 Amante *Grazio*,    —
 Napoli id.
 29 3.37 Superchi *Vincenzo*,   O, 
 — Roma id.
 7 5.40 Griso *Bonaventura*,  U ,
 — Firenze id.

MAGGIORI MEDICI

dal n. 9 al n. 3

1894

- 13 11.35 Gauberti *Giovanni*,   
 — Cuneo lug. 4

2. 4.35 Serughetti *Augusto*,    —
 Ravenna nov. 16

1897

- 21 2.36 Giuliani *Gaetano*,    —
 Brescia giu. 19

- 8 4.38 Perillo *Francesco*,  U ,
 — Roma agos. 7

1898

8. 3.40 Lombardo *Adamo*,   
 — Roma giu. 19

dal n. 1 al n. 36

16. 5.37 Manzoni Giuseppe, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$ $\frac{70}{70}$	
— Bari	apr. 27
19. 8.64 Sormani Giuseppe, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$	
— Alessandria	lug. 2
25. 8.39 Citanna Ferd.do, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$ $\frac{70}{70}$	
— Catanzaro	giu. 24
24.11.35 Maiocchi Tersi Terzo, $\frac{+}{-}$ — . . .	
— Alessandria	id.
20. 1.62 Besia Vincenzo, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Milano	id.
6. 1.61 Moroni Parro, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ — Ancona	nov. 29
8. 1.63 Riamonte Achille, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ — . . .	
— Catanzaro	dic. 30
9. 3.37 Mercu Luigi, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Ancona	mag. 28
10. 8.39 Governatori Vincenzo, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$.	
$\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ — Ancona	id.
13.11.38 Muzzioli Druso, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Bologna	id.
3. 1.36 Rossi Federico, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ — .	
— Salerno	giu. 9
20. 1.37 Vicentini Eugenio, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Chieti	id.
10. 5.35 D'Antona Giuseppe, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$.	
$\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ $\frac{70}{70}$ — Torino	lug. 3
20. 8.35 D'Onofrio Domenico, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Chieti	lug. 19
29.11.36 Fantini Giovanni, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Genova	ago. 7
25. 1.62 Bartalini Emilio, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Livorno	ago. 14
22. 3.43 Pelosini Francesco, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Livorno	ott. 24
18.12.40 Batolo Luigi, $\frac{+}{-}$ — Messina	nov. 2
8. 6.62 Giglio Gioachino, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ — . . .	
— Firenze	dic. 30
29. 8.43 Barone Donato, $\frac{+}{-}$ — Salerno	id.
11. 6.39 Imperato Mariano, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ —	
— Piacenza	mar. 9
12. 5.37 Picchini Ettore, $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ — . . .	
— Alessandria	id.
20. 1.35 De Dilectis Giuseppe — Napoli	id.
6.12.38 Di Domenico Nicola, $\frac{+}{-}$ — . . .	
— Chieti	id.
17. 8.34 Riga Marino — Roma	id.
20. 3.38 Casciaro Gio., $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$ — Catanzaro	id.
7. 7.38 Zuddas Vincenzo — Cagliari	id.
13.12.35 Pardo Enrico, $\frac{+}{-}$ — Firenze	id.
22. 6.37 Migneco Gaetano, $\frac{+}{-}$ $\frac{O}{X}$ — Messina	id.
6. 1.64 Iandolo Luigi — Salerno	giu. 15
13. 5.43 Crespi Cesare $\frac{+}{-}$ $\frac{X}{X}$ $\frac{70}{70}$ — Milano	id.

dal n. 33 al n. 43

1893

13. 7.31 Satta *G ppe*, $\frac{1}{2}$, \times^{70-81} — .
 Livorno dic. 17
 6.10.36 Lanza *Pietro*, $\frac{1}{2}$ O, \times^{80-81} —
 Cuneo id

1894

2. 3.46 Pellegrini-Trieste *Giulio*, $\frac{1}{2}$,
 \times^{80} — Padova giu. 24
 26. 7.45 Tufano *Gaetano*, $\frac{1}{2}$ — Salerno ott. 1
 5. 4.45 Nicoletti *Vincenzo*, $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$ —
 Chieti ott. 3
 1. 7.39 Grosso *Filiberto*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Torino ott. 8

1895

4. 6.35 Secchi *Francesco*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Milano gen. 31
 25. 8.38 Ricca *Antonio*, $\frac{1}{2}$, \times^{80-81} —
 Napoli mar. 12
 17. 4.35 Bruno *Vincenzo*, $\frac{1}{2}$, \times^{80-81} —
 Palermo id.
 33. 5.34 Vinci *Carlo*, $\frac{1}{2}$, \times^{80-81} —
 Napoli id.
 20. 6.34 Verduzio *Vincenzo*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Napoli id.
 7. 8.36 Foggetta *Giuseppe*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Lecce id.
 29. 5.13 Gatti *Ferdinando*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Bologna id.
 24. 4.36 Cammoli *Alessandro*, $\frac{1}{2}$, \times^{80-81} —
 Salerno id.
 4. 10.39 Rovati *Francesco Cesare*, $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$,
 \times^{80} — Milano id.
 8. 3.40 Romano *Giuseppe* — Palermo id.
 11. 8.34 Vasselli *Aristide*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Brescia id.
 23.10.36 Campobasso *Giovanni Battista*,
 $\frac{1}{2}$ — Napoli id.
 16.11.34 Sangiorgio *Placido* — Messina id.
 21. 9.41 Bertola *Pietro*, $\frac{1}{2}$ $\frac{1}{2}$ — Cuneo id.
 17. 2.43 Decaroh *Emilio*, \times^{70} — Bologna id.
 5. 8.40 Borghesi *Gaetano*, $\frac{1}{2}$, \times^{80-81} —
 Messina id.
 12. 3.38 D'Atti *Alessandro*, $\frac{1}{2}$, \times^{80-81} —
 Bologna id.
 29. 4.45 Vita *Pietro* — Messina id.
 9. 2.42 Finzi *Enrico*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Milano giu. 13
 6. 1.41 Patrino *Vincenzo*, $\frac{1}{2}$, \times^{80-81} —
 Napoli lug. 4
 11. 4.47 Sangiardi *Alessandro*, $\frac{1}{2}$ —
 Verona id.
 18. 9.34 Zambrini *Antonio*, $\frac{1}{2}$, \times^{80} —
 Bologna id.
 3. 8.34 Ferrari *Michèle* — Bari id.

dal n. 1 al n. 100

27.10.44	Lupotto <i>Florenzo</i> , ● †, ✕ ^m	1895
—	— Pavia	dic. 24
5. 11.42	Vanazzi <i>Antonio</i> , ● † † —	1896
—	— Milano	dic. 24
5. 6.48	Ferraresi <i>Salvatore</i> , ● †, —	1897
—	— Bologna	nov. 20
26. 7.49	Atzeni <i>Giuseppe</i> , ● †, —	1898
—	— Cagliari	dic. 19
1. 7.42	Ottolenghi <i>David</i> , † ○, ✕ ^m	1899
—	— Genova	mar. 10
3.11.45	Grillo <i>Filippo</i> , †, ✕ ^m —	id.
29. 3.40	Pizzorno <i>Giacomo</i> , ● † ○,	
✕ ^m —	— Cagliari	id.
8. 8.41	Pasqualigo <i>Pellegrino</i> , † ✕ ^m	
—	— Padova	id.
20. 5.40	Smurra <i>Pietro</i> —	id.
12. 9.41	Zurletti <i>Francesco</i> , ✕ ^m —	
—	— Cuneo	mar. 10
18. 5.38	Vadala <i>Felice</i> , ✕ ^m —	
—	— Messina	id.
13. 9.43	Petrilli <i>Raffaele</i> —	id.
—	— Chieti	id.
23. 8.43	Guaitoli <i>Cesare</i> —	id.
—	— Bologna	id.
10. 5.45	Francone <i>Vincenzo</i> —	id.
—	— Catanzaro	id.
1. 7.45	Squarini <i>David</i> —	id.
—	— Novara	id.
26. 8.44	Rossi <i>Giacinto</i> —	id.
—	— Genova	id.
26.10.39	Galli <i>Vitaliano</i> , ✕ ^m —	id.
—	— Brescia	id.
4. 6.41	Broglio <i>Enrico</i> , † †, ✕ ^m —	
—	— Milano	id.
17. 1.39	Carruccio <i>Antonio</i> , ● (†, ✕ ^m	
—	— Roma	id.
24. 1.39	Baldini <i>Cesare</i> —	id.
—	— Roma	id.
15. 1.42	Corona <i>Augusto</i> , † —	id.
—	— Piacenza	id.
9. 3.46	Ianigro <i>Alfonso</i> , † —	id.
—	— Chieti	id.
19. 3.47	Levi <i>Bonaiuto</i> , † —	id.
—	— Padova	giug. 16

CAPITANI MEDICI

dal n. 1 al n. 5

4. 7.40	Marini <i>Tito</i> —	1891
—	— Roma	mag. 42
15. 1.46	Capuano <i>Emilio</i> —	id.
—	— Benevento	
19. 1.48	D'Aversa <i>Giuseppe</i> , †, —	1892
—	— Benevento	genn. 8
2.10.42	Gigli <i>Giovanni</i> , † —	id.
—	— Roma	feb. 42
13. 1.44	Pandolfi <i>Giuliano</i> —	id.
—	— Roma	id.
22. 4.46	Generali <i>Francesco</i> —	id.
—	— Modena	id.
27. 5.46	Cricchi <i>Evaristo</i> —	id.
—	— Roma	id.

dal n. 6 al n. 10

11. 9 46 Melidoro Giuseppe — Potenza	feb. 12
18. 3 47 Picardi Antonio — . . . Sassari	id
13 11 48 Carboni Raimondo — Firenze	genn. 8
17. 3 43 Coraleschi Scipione — Arezzo	giu. 7
28. 2 40 Cerio Ignazio — . . . Nola	lug. 4
19. 2 45 Bonito Giusuè — . . . Avellino	id
5. 1 53 Fantasia Salvatore. $\frac{+}{-}$, $\frac{0}{0}$ — Napoli	dic. 9
10 1 49 Marsilio Enrico, $\frac{+}{-}$ — Taranto	mag 10
14 11 43 Porticcia Luigi, $\frac{+}{-}$ — Varese	dic 49
4. 5 42 Lauri Carlo, $\frac{+}{-}$, $\frac{+}{-}$ — Macer.	id.
21 11 39 Leoncini Zeffiro — . . . Lucca	id
1 10 43 Maccanti Giovanna, $\frac{+}{-}$, $\frac{+}{-}$ — Siena	id
20. 6 43 Chiari Nicola $\frac{+}{-}$ — Napoli	id
11 11 39 Zanzotti Giorgio $\frac{+}{-}$ — Cuneo	id.
6 12 40 Lusa Guglielmo $\frac{+}{-}$ — Sulmona	id.
19. 3 48 De Rosa Francesco — Napoli	id.
29. 6 40 Basso Giuseppe $\frac{+}{-}$ — Torino	feb. 20
28. 7 40 Nerici Ugo — . . . Lucca	dic. 9
3 11 53 Toller Giuseppe — . . . Como	id
20 1 53 Stella Francesco — Bari	id.
23. 6 39 Tipoldi Giovanni $\frac{+}{-}$ — Campagna	id.
25. 9 46 Padon Mandolino Gustavo — Bologna	id
11 12 46 Severi Prospero — . . . Arezzo	id
13 10 46 Piacchini Luigi — . . . Forlì	id
5. 4 47 Beltrame Vincenzo — . . . Casale	id
6 12 49 Cerqua Nicola Nola	dic. 13
23 6 40 Audenino Alberto — . . . Torino	mar 10
9 11 45 Zambelli Pietro, $\frac{+}{-}$ — Brescia	dic 45
25. 2 42 Vergani Gianni $\frac{+}{-}$ — Milano	id
3 4 52 Ronzani Giacomo — . . . Vercelli	id
9. 4 49 Cherrier Sisto — . . . Calanzano	id.
4 10 53 Bilano Pietro — . . . Benevento	id.
9 2 53 Del Piano Giuseppe — Mondovì	id.
29 9 54 Castellani Ruggero — Venezia	id
2 5 54 Ippoliti Santino — Livorno	id
23 12 48 Piovano Adolfo — . . . Torino	id.
3 12 50 Corretti Luigi — . . . Roma	id.
11. 6 50 Panni Luigi — . . . Barletta	id
7. 3 50 Gavasci Pietro — . . . Spoleto	id
9 6 51 Cardova Luigi — Regg. Calab.	mag 31
26 6 51 De Fco Luigi — . . . Barletta	id
16. 5 53 Mandula Giuseppe — . . . Sassari	id.
1. 6 51 Carloni Leonardo — . . . Arezzo	id.

dal n. 51 al n. 105

6. 5.56 Piccinini <i>Luigi</i> — . . Cremona	mag. 31
10. 8.55 De Toma <i>Pietro</i> — . . Milano	id.
27. 6.56 Guarini <i>Carmine</i> — . . Salerno	id.
30. 6.51 Pronati <i>Cesare</i> — . . Pinerolo	id.
3. 6.71 Arcari <i>Bernardo</i> — . . Prosnone	id.
25. 6.58 De Simone <i>Luigi</i> — . . Avellino	id.
27. 6.51 Orofino <i>Felice</i> — . . Potenza	id.
27. 4.51 Mattioli <i>Nestore</i> — . . Orvieto	id.
25. 6.56 Maida <i>Luigi</i> — Cosenza	id.
8. 2.57 Marotta <i>Filandro</i> — . . Siena	id.
8. 1.56 Di Venere <i>Gardano</i> — . . Bari	id.
6. 2.56 Terzi <i>Marcello</i> — . . Potenza	id.
25. 8.43 Cassese <i>Luca</i> , \otimes — . . Avellino	lug. 2

1891

13. 1.43 Nigri <i>Sergio</i> , \otimes — . . Avellino	nov. 2
10. 2.43 Casaburi <i>Francesco</i> , \otimes \otimes — Salerno	id.

1892

12. 10.56 Sculpa <i>Nunzio</i> — . . Taranto	apr. 3
1. 8.57 Giardino <i>Luigi</i> — . . Campagna	id.

1893

36. 3.56 Resci <i>Francesco</i> — . . Lecce	feb. 23
14. 2.57 Roncella <i>Cesare</i> — . . Lecce	id.
14. 10.56 Chieco <i>Alfonso</i> — . . Barletta	id.
27. 4.58 Sanga <i>Giuseppe</i> — . . Bergamo	id.
6. 2.53 Battaglia <i>Salvatore</i> — . . Nola	id.
30. 9.55 Saccarello <i>Angelo</i> — . . Como	id.
16. 10.58 Gualdi <i>Tito</i> — Roma	id.
15. 11.57 Caradonna <i>Francesco</i> — . . Foggia	id.
7. 8.41 Santopadre <i>Temistocle</i> , \otimes \otimes — Roma	dic. 47
34. 5.46 Mosso <i>Angelo</i> , \otimes — . . Torino	id.

1895

15. 8.57 Miraglia <i>Antonino</i> — . . Palermo	mar. 24
27. 2.52 Malinconico <i>Lodovico</i> — . . Caserta	id.
18. 1.54 Storch <i>Alberto</i> — . . Modena	id.
23. 8.51 Reggiani <i>Ernesto</i> , \otimes — . . Ravenna	id.
13. 11.54 Antoni <i>Ranieri</i> — Lucca	id.
7. 3.53 Chetoni <i>Luigi</i> — Livorno	id.
3. 1.52 Leone <i>Baldassarre</i> — . . Ivrea	id.
4. 3.56 Salvetti <i>Rato</i> — Udine	id.
12. 12.53 Traina <i>Alfonso</i> — Cefalu	id.
25. 1.54 Nieri <i>Nicola</i> — Pesaro	id.
16. 1.57 Tonello <i>Giovanni Battista</i> — Cuneo	id.
22. 1.53 Ludovisi <i>Romeo</i> — Orvieto	lug. 4

1896

2. 2.55 Familiari <i>Giovanni</i> — . . Regg. C.	mar. 10
26. 2.54 Benedetti <i>Giusto</i> — . . Treviso	id.
13. 9.49 Di Martino <i>Carlo</i> — . . Palermo	id.
25. 3.56 Zoccola <i>Giuseppe</i> — . . Alessandria	id.
26. 2.54 Grisanti <i>Gioacchino</i> — . . Cefalu	id.
6. 2.55 Magri <i>Petice</i> — Catania	id.

TENENTI MEDICI

dal n. 2 al n. 46

30.10.52 Scimemi <i>Erasmo</i> — . Messina	dic. 49
44. 4.54 Carlotta <i>Giov. Battista</i> —	id.
25. 5.55 Galasso <i>Costantino</i> —	Vicenza id.
44. 9.52 Ruonomo <i>Adalberto</i> —	Lecce id.
7. 6.53 Merlo <i>Luciano</i> —	Napoli id.
1. 4.52 Pittaluga <i>Enrico</i> —	Treviso id.
30. 3.53 La Scuola <i>Francesco</i> —	Genova id.
28. 4.55 Pignatari <i>Salvat.</i> —	Cefalu id.
48. 2.57 Marino <i>Tommaso</i> —	Castrovill. id.
19.11.51 Sacerdoti <i>Carlo</i>	Trapani id.
3. 1.56 Prindicci <i>Giuseppe</i> . ④ —	id.
6. 2.59 Boglione <i>Michele</i> —	1887 dic. 26
23. 2.54 Zuccarelli <i>Angelo</i> —	1888 apr. 6
44. 2.53 Gelmini <i>Pietro</i> —	Como dic. 9
21.10.53 Console <i>Giuseppe</i> —	Napoli id.
31. 3.56 Arena <i>Antonio</i> —	Lodi id.
30.12.54 Fabiani <i>Gennaro</i> —	Bari id.
40. 4.54 Cicchetti <i>Annibale</i> —	Reggio C. id.
23. 6.53 Pacinotti <i>Giuseppe</i> —	Napoli id.
26. 9.56 Massalongo <i>Roberto</i> —	Potenza id.
34. 1.56 Dentì <i>Francesco</i> —	Pistoia id.
44.12.55 Biondi <i>Domenico</i> —	Verona id.
8. 4.54 Di Martino <i>Nicola</i> —	Milano id.
7. 5.57 Racci <i>Gio. Battista</i> —	Cagliari id.
4. 7.44 Carignola <i>Gennaro</i> —	Giřgenti id.
.	Napoli id.
.	Castrovillari id.
10.12.46 Lanna <i>Antonio</i> —	id.
21. 2.48 Guidotti <i>Tullio</i> —	Napoli id.
23. 2.45 Caggese <i>Giacomo</i> —	Bologna id.
26. 2.48 Armandi <i>Carlo</i> —	Napoli id.
10.10.52 Cotterchio <i>Alessio</i> —	Ascoli Piceno id.
44. 4.56 Leonardi <i>Antonio</i> . —	1887 dic. 15
5. 2.56 Franzoni <i>Pietro</i> —	Pinerolo id.
44. 7.53 Laterza <i>Giovanni</i> —	Parma id.
26. 5.52 Cozi <i>Gaetano</i> —	Brescia id.
4. 1.53 Martini <i>Antonio</i> —	Bari id.
44. 1.57 D'Ippolito <i>Salvatore</i> —	Roma id.
46. 3.55 Iodi <i>Enrico</i> —	Voghera id.
10. 4.54 Forno <i>Angelo</i> —	Taranto id.
26. 3.53 Colognato <i>Scipione</i> —	Lucca id.
2. 9.54 Amati <i>Vincenzo</i> —	Vercelli id.
23.12.51 De Cecco <i>Giuseppe</i> —	Verona id.
42.10.51 Petrella <i>Antonio</i> —	Novara id.
48. 3.52 Marcilli <i>Francesco</i> —	Chieti id.
45. 3.54 Testa <i>Angelo</i> —	Frosinone id.
15. 2.56 Di Paolo <i>Luigi</i> —	Frosinone id.
5. 2.55 Chiaradia <i>Gaetano</i> —	Nola id.
	Chieti id.
	Udine id.

dal n. 47 al n. 96

1888

4. 3.54	Leo Antonio — . . .	Salerno	dic. 45
18 11.33	Bruno de Curtis Salvatore —		
	. . . . .	Trapani	id
3.11.31	Stringari Francesco — .	Udine	id.
14. 5.56	Palagano Luigi — . .	Siena	id
27 5.38	Di Santo Pietro — . . .	Bari	id.
10. 8.56	Riquamonti Domenico —	Milano	id.
20 9.53	Solimene Achille — .	Napoli	id.
4. 1.57	Angeletti Annibale — .	Massa	id.
5. 9.57	Cusinano Giacomo —	Palermo	id
29. 8.56	Iannini Pasquale, G. —	Potenza	id.
14. 4.57	Dal Pozzo Domenico — . . .		
	. . . . .	Alessandria	id.
12. 2.57	Irini Tommaso, M. — .	Roma	id.
21 10.57	Barchiesi Enrico — .	Macerata	d.
16. 2.57	Quarella Gio. Battista —	Brescia	id.
6.10.56	Pappalardo Salvo. —	Salerno	id.
30. 7.58	Carlone Francesco —	Napoli	id.
13. 8.58	Zatti Giorgio — . . .	Padova	id
24.11.58	Urtoler Giuseppe — .	Mantova	id
25.12.58	Staderini Carlo — . .	Genova	id
7 1.59	Lozzi Vincenzo — . .	Roma	id.
9.11.58	Rainone Ercolo — . .	Foggia	dic. 49

1889

6.12.54	Caputi Giovanni — . .	Napoli	mag. 31
27. 2.55	Colamusso Flaviano — .	Nota	id.
3. 6.55	Matarazzo Gastone —	Caserta	id.
15.11.57	Rosini Pietro — . . .	Arezzo	id.
26 1.56	Cosco Angelo — . .	Cosenza	id.
3 12.58	Rodella Ugo — . . .	Genova	id.
18. 1.57	Viscardi Giovanni — .	Lecco	id.
20 3.57	Forlì Pirro — . . .	Livorno	id.
13. 5. 58	Condorelli Mario, G. — . .	Siracusa	id
19. 4.58	Bianchi Gino — . .	Ravenna	id.
20. 4.58	Vertova Agostino — .	Milano	id.
2. 3.58	Tinti Giovanni — . .	Bologna	id.
22. 9.58	Pongoli Luigi — . .	Spoletto	id.
13. 8.58	Formigini Demetrio —	Como	id.
17. 5.58	Bria Pasquale — . .	Cosenza	id.
4. 7.58	Colomiatti Luigi — .	Torino	id.
16. 2.56	Mancia Romeo — . .	Spoletto	id.
3.11.55	Pizzillo Nicolò — . .	Palermo	id.
1. 6.55	Ricotti Francesco — . .	Clueti	id
6. 2.59	Roncagli Francesco —	Bergamo	id
24 4.59	Marzano Francesco — .	Nota	id.
22. 4.59	Penta Pasquale — . .	Napoli	id.
12. 6.45	Zabaldi Averardo — .	Arezzo	lug. 2
19.11.46	Perrone Giuseppe —	Castrovill.	id
11. 7.47	Venturi Annibale —	Bologna	id.
1 4.47	Margiotta Gramsci Giuseppe —		
	. . . . .	Spoletto	id.
29. 1.48	Monis Placido — . . .	Udine	id.
19. 3.58	Ferretti Giuseppe —	Voghera	id.
29. 4.58	Novelli Pietro — . .	Pistoia	id

dal n. 1 al n. 122

7. 3.57	Molinaro Salvatore	—	Avellino	apr. 2
9. 5.57	Capelli Giuseppe	—	Cuneo	id.
13. 2.56	Longo Michele	—	Potenza	id.
3. 5.58	Masotti Pio	—	Roma	id.
7. 2.57	Grasso Biondi Luigi	—	Udine	id.
23. 9.58	Lecca Pasquale	—	Caserta	id.
19. 7.58	Balottra Stefano	—	Savona	id.
7. 7.58	Croce Silvano	—	Chieti	id.
3. 2.59	Querenghi Francesco	—	Milano	id.
16. 4.59	Iraci Alfredo	—	Orvieto	id.
11. 7.48	Raucci Luigi	—	Avellino	ago. 14

1892

3.10.54	Gasca Ettore	—	Pinerolo	feb. 23
12. 2.56	Grilli Alfredo	—	Ascoli P.	id.
1. 9.56	Bollo Torquato	—	Alessandria	id.
13.11.57	De Facendis Giuseppe	—	Bari	id.

1893

8. 2.53	Sclamanina Giuseppe	—	Roma	mar. 12
29. 3.53	Iura Filippo	—	Potenza	id.
2.11.55	Perozzi Gaetano	—	Vicenza	id.
4. 2.54	Canti Antonio	—	Como	id.
20. 2.53	De Robertis Roberto	—	Salerno	id.
2. 3.52	Vianello Antonio	—	Treviso	id.
9. 2.52	Malatesta Federico	—	Napoli	id.
16.11.54	Morseletto Giuseppe	—	Vicenza	id.
13. 2.59	Patella Giovanni	—	Salerno	mar. 24
26. 2.59	D'Ascola Gerardo	—	Reggio C.	id.
8.12.54	Bisceglia Luigi	—	Castrovillari	lug. 4
17. 3.54	Ammendola Pietro	—	Nota	id.
9. 4.55	De Nicolaus Pietro	—	Avellino	id.
22. 6.53	Canti Francesco	—	Lodi	id.
8. 5.56	Silipranti Giovanni	—	Reggio C.	id.

1895

9.10.56	Zuccani Raul	—	Macerata	mar. 10
34. 6.57	Turazza Guido	—	Verona	id.
2. 8.54	Altana Giuseppe	—	Sassari	id.
22. 6.57	Amidei Alfredo	—	Siena	id.
5. 4.57	Brigatti Giuseppe	—	Novara	id.

SOTTOTENENTI MEDICI

dal n. 1 al n. 5

1881

12. 7.58	Rocchi Camillo	—	Milano	nov. 23
----------	----------------	---	--------	---------

1883

39. 10.57	Brugnatelli Eugenio	—	Milano	gen. 4
-----------	---------------------	---	--------	--------

1884

25. 6.58	Cerrotti Abele	—	Arezzo	mar. 6
----------	----------------	---	--------	--------

1894

1.12.57	Lojacono Pietro	—	Gatazzaro	apr. 12
31.10.54	Gianni Francesco	—	Cefalù	giu. 7

RIPARTO

DEGLI UFFICIALI MEDICI E DEI FARMACISTI MILITARI

FRA I DIVERSI COMANDI, CORPI ED UFFICI DEL REGIO ESERCITO

ISPETTORATO DI SANITÀ MILITARE

M. G. M. Regis *Stefano* (ispettore capo).
M. G. M. Givogre *Gio. Battista* (ispettore).
M. G. M. Lai *Luigi* (id).
Col. M. Landolfi *Federico* (id).
Col. M. Panara *Pamfilo* (segretario).
C. F. I. Ponzi *Erasmus* (ispettore).
M. M. Grieco *Giuseppe* (addetto).
C. M. Livi *Rudolfo* (id).
C. M. Testi *Francesco* (id) (ass. onor. laborat. san. pubb.).
C. M. Trovanelli *Edoardo* (id.).
F. Coccone *Maggiorino* (id.).

COMANDATI

C. M. Mendini *Giuseppe* (osp. Bologna).
C. M. Bargoni *Attilio* (id. Milano).

DIREZIONE DELLA SCUOLA D'APPLICAZIONE DI SANITÀ MILITARE.

Col. M. Astegiano *Giovanni* (direttore).
T. C. M. Morpurgo *Giacomo* (vice direttore).
M. M. Quinzio *Cesare* (relatore).
M. M. Mangianti *Ezio*.
C. M. Pressacco *Pasquale*.
C. M. Perego *Vittorio*, +.
C. M. Buonomo *Lorenzo*.
T. M. Mauri *Luigi*.
T. M. Altobelli *Alberto*.
T. M. Valerio *Giuseppe*.

COMANDATI

T. M. Tonietti *Pietro* (osp. Livorno).
T. M. Troiani *Pietro* (53 fant.).
T. M. Memmo *Giovanni* (41 id.).

ABBREVIAZIONI. — M. G. M., maggior generale medico — Col. M., colonnello medico — T. C. M., tenente colonnello medico — M. M., maggiore medico — C. M., capitano medico — T. M., tenente medico — S. T. M., sottotenente medico — S. T. M. C., sottotenente medico di complemento — C. F. I., chimico farmacista ispettore — C. F. D., chimico farmacista direttore — P. C., farmacista capo. — F., farmacista — +, Aiutante maggiore in 1°. — —, Aiutante maggiore in 2°.

MINISTERO DELLA GUERRA

Segretariato generale.

Divisione stato maggiore

COMANDATI

C. M. De la Valle *Francesco* (osp. di Roma).T. M. Trevisani *Gaetano* (osp. di Roma)**COMANDO DEL CORPO DI STATO MAGGIORE.**M. M. Bernardo *Luigi*.**COMANDO DELLA SCUOLA DI GUERRA**M. M. Corte *Silvio***COMANDO DELLA SCUOLA D'APPLICAZIONE
D'ARTIGLIERIA E GENIO**C. M. Garabelli *Luigi***COMANDO DELL'ACCADEMIA MILITARE**C. M. Re *Giuseppe*.**COMANDO DELLA SCUOLA MILITARE.**C. M. Beda *Emilio***COMANDO DELLA SCUOLA CENTRALE
DI TIRO DI FANTERIA**C. M. Alloatti *Benedetto*.**COMANDO DELLA SCUOLA DI CAVALLERIA**C. M. Rosso *Oreste*T. M. Licari *Vincenzo***COMANDO DEL CORPO INVALIDI
E VETERANI**T. M. Maisto *Pasquale*.**COLLEGI MILITARI**C. M. Arpa *Vittorio* NapoliC. M. Perassi *Giovanni Antonio* (Roma)**LEGIONE ALLIEVI CARABINIERI.**C. M. Leonardi *Benedetto*.T. M. Mariani *Enrico*.

REGGIMENTI DI FANTERIA.

1 granatieri.

C. M. Cevaschi *Catullo*
S. T. M. C. Archini *Nestore*.
S. T. M. C. Ariando *Francesco*

2 granatieri.

C. M. Cocola *Vincenzo*
S. T. M. C. Clivio *Claudio*
S. T. M. C. Bernardelli *Umberto*.

1 fanteria

C. M. Castello *Francesco*.
T. M. Santini *Federico*.
S. T. M. C. Spoto *Giuseppe*.

2 fanteria.

C. M. Mele *Ascanio*.
S. T. M. C. Romano *Gerardo*.

3 fanteria

C. M.
S. T. M. C. Arpini *Erminio*

4 fanteria.

C. M. Galasso *Antonio*.
S. T. M. C. Drago *Arluro*
S. T. M. C. Chersi *Lorenzo*.

5 fanteria

C. M. Marini *Ernesto*.
S. T. M. C. Pellizzari *Francesco*.
S. T. M. C. Punaloli *Giuliano*.

6 fanteria.

C. M. Fiorini *Florenzo*.
S. T. M. C. Sparano *Gennaro*.

7 fanteria

C. M. Gurgo *Achille*.
T. M. C. Garneri *Barlolomeo*.

8 fanteria.

C. M. Mombello *Ernesto*.
S. T. M. C. Adamo *Giuseppr*.

9 fanteria.

C. M. Dettori *Angelo*.
S. T. M. C. Satta-Pulello *Salvatore*.
S. T. M. C. Masia *Placido*.
S. T. M. C. Tedde *Oreste*.
S. T. M. C. Mulas *Nicollino*

10 fanteria

C. M. Cannas *Nicola*.
S. T. M. Demurtas *Cornelio*
S. T. M. C. Frau *Antigou*.

11 fanteria

C. M. Virdia *Tommaso*
T. M. Memmo *Giovanni* (com. sc. appl. san. mil.).
S. T. M. C. Campili *Francesco*.

12 fanteria

C. M. Vasilco *Giuseppe*
S. T. M. C. Politi *Angelo*.

13 fanteria

C. M. Cerchettiani *Domenico*
S. T. M. C. Navarra *Leonardo*.

14 fanteria

C. M. Gristina *Custrenzu*
S. T. M. C. Mazzaglia *Giorganni*.

15 fanteria,

C. M. Romeo *Francesco*
S. T. M. C. Cicciomesere *Pasquale*

16 fanteria

C. M. Stico *Antonio*.
S. T. M. C. Volpe *Nichelo*.
S. T. M. C. Grimaldi *Michele*.

17 fanteria.

C. M. Roso *Gaetano*
S. T. M. Roso *Pietro*.
S. T. M. C. Macelloni *Paolo*.

18 fanteria.

C. M. Tavazzani *Cesare*
S. T. M. C. Borroso *Pietro*.

19 fanteria.

C. M. Vitullo *Giuseppe*.
S. T. M. C. Ariani *Francesco*.

20 fanteria

C. M. Zoncada *Antonio*
S. T. M. C. Roverio *Girolamo*.

21 fanteria.

C. M. Gualdi *Carlo*.
S. T. M. C. Malisverno *Carlo*.

22 fanteria

C. M. Negrani *Antonio*.
S. T. M. C. Dell'ho *Paolo*

23 fanteria

C. M. Marras *Raffaele*
S. T. M. C. Sberna *Sebastiano*.

24 fanteria.

C. M. Brighone *Ferdinando*.
S. T. M. C. Masciotta *Eligio*.

25 fanteria.

C. M. Delmonio *Grazio*.
S. T. M. C. De Falcas *Salvatore*.

26 fanteria.

C. M. Moro *Tito*
S. T. M. C. Ferri *Scipione*.

27 fanteria.

C. M. Del Be lo *Antonio*
S. T. M. Gironi *Giorganni*
S. T. M. C. Albareto *Pio*

28 fanteria.

C. M. Ostino Giovanni.

S. T. M. C. Caputo Alessandro.

29 fanteria.

C. M. Farnò Giacomo.

S. T. M. C. Azarelli Giuseppe.

S. T. M. C. Mercadante Francesco.

30 fanteria.

C. M. Izzo Giovanni.

S. T. M. C. Consolo Carmelo.

31 fanteria.

C. M. Verdura Luigi.

S. T. M. C. Politici Giuseppe.

32 fanteria.

C. M. Littardi Nicolao.

S. T. M. C.

33 fanteria.

C. M. D'Amato Carmelo.

S. T. M. C. Tirani Cesare.

S. T. M. C. Fabbri Pietro.

34 fanteria.

C. M. Cacchione Francesco.

S. T. M. C. Campani Paolo.

35 fanteria.

C. M. Gerbaldi Giovanni.

S. T. M. C. Cassone Mario.

S. T. M. C. Caratello Giuseppe.

36 fanteria.

C. M. Giani Pietro.

T. M. Cossu Alberto.

S. T. M. C. Gualco Giacomo.

37 fanteria.

C. M. Catelessa Alfonso.

S. T. M. Virgili Luigi.

S. T. M. C. Grimaldi Archelao.

38 fanteria.

C. M. Melampo Giuseppe.

S. T. M. C. Cunaletti Rinaldo.

S. T. M. C. Lombi Ettore.

39 fanteria.

C. M. Cusani Martino.

S. T. M. C. Conte Gio. Ballo.

40 fanteria.

C. M. Fusco Emilio.

S. T. M. C. Catapano Emilio.

41 fanteria.

C. M. Richiari Carlo.

S. T. M. C. Balliano Enea.

S. T. M. C. Durando Giulio.

42 fanteria.

C. M. D'Amico Biagio.

S. T. M. C. Marchisio Alessandro.

43 fanteria.

C. M. Palumbo Giuseppe.

S. T. M. C. Monopoli Cosmo.

44 fanteria.

C. M. Spina Vincenzo.

T. M. Massarotti Giuseppe.

S. T. M. C. Trulli Gabriele.

45 fanteria.

C. M. Oggiano Giovanni.

S. T. M. C. Foggia Pietro.

46 fanteria.

C. M. Nieldu Antonio.

S. T. M. C. Battaglia Salvatore.

47 fanteria.

C. M.

S. T. M. C. Truffi Ettore.

S. T. M. C. Manara Giovanni.

48 fanteria.

C. M. Cara Francesco.

S. T. M. C. Pensa Gennaro.

49 fanteria.

C. M. Loscalzo Vito.

S. T. M. C. Polestra Giuseppe.

50 fanteria.

C. M. Mada Giuseppe.

S. T. M. C. Tecce Pasquale.

51 fanteria.

C. M. De Luca Costantino.

S. T. M. C. Ragone Severio.

52 fanteria.

C. M. Setis Andrea.

S. T. M. C. Iazzari Lorenzo.

53 fanteria.

C. M. Squazzi Vittorio.

T. M. Trouani Pietro (con sc. appl. san. mil.).

S. T. M. C. Petrone Vincenzo.

54 fanteria.

C. M. Schizzi Pietro.

S. T. M. C. Cazzola Armando.

55 fanteria.

C. M. Faldella Pietro.

S. T. M. C. Cameli Carlo.

56 fanteria.

C. M. Magnetta Ferdinando.

S. T. M. C. Renna Sebastiano.

57 fanteria.

C. M. Farina *Giuseppe*.S. T. M. C. Ardissoni *Adolfo*.

58 fanteria.

C. M. Tomba *Giuseppe*.S. T. M. C. Corbetta *Carlo*.S. T. M. Gilardoni *Enrico*.

59 fanteria.

C. M. Luciani *Lavinio*.S. T. M. Mariotti *Gio. Battista*.S. T. M. C. Brunelli *Cesare*.

60 fanteria

C. M. Petrone *Andrea*.S. T. M. C. Primangeli *Valerio*.

61 fanteria.

C. M. Trevisan *Eugenio*.S. T. M. C. Del Vasco *Alvise*.S. T. M. C. Locci *Bernardino*.

62 fanteria

C. M. Lucciola *Gio. Giacomo*.T. M. Lioni *Girolamo*.S. T. M. C. Amati *Giuseppe*.

63 fanteria

C. M. Bossini *Tommaso*.S. T. M. Imperiali *Giulio*.S. T. M. C. Blasi *Carmine*.

64 fanteria

C. M. Gisolo *Italo*.S. T. M. C. Tentoni *Raffaele*.

65 fanteria.

C. M. Pascale *Alberto*.S. T. M. C. Vitullo *Francesco*.S. T. M. C. D'Alfonso *Giacinto*.

66 fanteria.

C. M. Marchese *Giov. Battista*.S. T. M. C. De Angelis *Luigi*.

67 fanteria.

C. M. Loni *Virgilio*.S. T. M. C. Pacchioni *Dante*.S. T. M. C. Tirelli *Elio*.

68 fanteria.

C. M. Foa *Teodoro*.S. T. M. Mancini *Angelaniento*.S. T. M. C. Mentoni *Gino*.S. T. M. C. Guastalla *Ruggiero*.

69 fanteria.

C. M.

S. T. M. C. Angelozzi *Luigi*.

70 fanteria.

C. M. Marzocchi *Pablo*.S. T. M. C. Boratti *Aristide*.

71 fanteria.

C. M. Infelise Giuseppe.

S. T. M. C. Leone Salvatore.

72 fanteria.

C. M. Valle Angelo.

S. T. M. C. Stagliano Bernardino.

73 fanteria.

C. M. Barletta Salvatore.

S. T. M. C. Columba Cesare.

74 fanteria.

C. M. Delogu Gaetano.

S. T. M. C. Giuliano Ottaviano.

75 fanteria.

C. M. Sicilliani Ambrogio.

S. T. M. C. Tatulli Giuseppe.

76 fanteria.

C. M. Giannuzzi Giuseppe.

S. T. M. Tosti Domenico.

77 fanteria.

C. M. Vale Angelo.

S. T. M. C. Montessori Alfonso.

78 fanteria.

C. M. Loschi Pietro.

S. T. M. C. Uras Raffaele.

79 fanteria.

C. M. Nubila Pasquale.

S. T. M. C. Galiani Antonio.

80 fanteria.

C. M. Cairone Fabrizio.

S. T. M. C. Piarente Francesco.

81 fanteria.

C. M. Giannini Alfonso.

S. T. M. C. Milone Gaetano.

82 fanteria.

C. M. Conenna Vilantonio.

S. T. M. C. Persico Tommaso.

83 fanteria.

C. M. Cerone Francesco.

S. T. M. Vocature Geniale.

84 fanteria.

C. M. Ganegallo Lorenzo.

S. T. M. C. Verderamo Salvatore.

85 fanteria.

C. M. Buccino Tobia.

S. T. M. C. Senni Baratti Ugo.

86 fanteria.

C. M. Rossi Cesare.

S. T. M. C. Pennetta Mario.

*87 fanteria*C. M. Calore *Giovanni*.

S. T. M. C.

*88 fanteria.*C. M. Cuoco *Luigi*.S. T. M. C. Pastiglione *Camillo*.*89 fanteria.*C. M. Coppola *Nicola*.S. T. M. C. Carpinello *Andrea*.*90 fanteria.*C. M. Pizzocaro *Clemente*.S. T. M. C. Ghirardi *Paolo*.*91 fanteria.*C. M. Cemo *Achille*.S. T. M. C. Beretta *Augusto*.*92 fanteria*C. M. Darra *Vittorio*.S. T. M. C. Gandini *Pietro*.S. T. M. C. Tibiletti *Carlo*.*93 fanteria*C. M. Cantella *Mariano*.S. T. M. C. Massari *Giuseppe*.*94 fanteria*

C. M.

S. T. M. Fiorentini *Emilio*.**REGGIMENTI DI BERSAGLIERI.***1 bersaglieri.*C. M. Simoni *Giuseppe*.S. T. M. C. Barbaro *Nicolò*.S. T. M. C. Antoci *Antonio*.*2 bersaglieri.*C. M. Zibetti *Giuseppe*.S. T. M. C. Marzi *Adolfo*.S. T. M. C. Bianchi *Carlo*.*3 bersaglieri.*C. M. Longari *Rodolfo*.S. T. M. C. Marchello *Giulio*.*4 bersaglieri.*C. M. Rossi *Alfredo*.S. T. M. C. Pacci *Giuseppe*.*5 bersaglieri.*C. M. Tucci *Filippo*.T. M. Giacquinta *Salvatore*.*6 bersaglieri.*C. M. De Cesare *Edoardo*.S. T. M. C. Cabetti *Giulio*.

7 bersaglieri.

C. M. Beccaria Giovanni.
S. T. M. C. Cimino Tebaldo.
S. T. M. C. Gorla Luciano.

8 bersaglieri.

C. M. Boccia Salvatore.
S. T. M.

9 bersaglieri.

C. M. Leurini Francesco.
S. T. M. C. Cataldi Guglielmo.
S. T. M. C. Macri Fortunato.

10 bersaglieri.

C. M. Glaccio Andrea.
S. T. M. Pezzullo Pasquale.
S. T. M. C. Riccio Baldassarre.

11 bersaglieri.

C. M. Gagliano Francesco.
S. T. M. C. Maneschi Marino.

12 bersaglieri.

C. M. Debernardi Stefano.
S. T. M. C. Pergola Enrico.

REGGIMENTI ALPINI.

1 alpini.

C. M. Selavo Luigi.
T. M. Arzano Francesco.
T. M. Soggiu Antonio.
T. M. Romano Enrico.

2 alpini.

C. M. Vivalda Carlo.
T. M. Brunello Augusto.
T. M. Nota Celso.
S. T. M. Marengo Lorenzo.

3 alpini.

C. M. Rostagno Giuseppe.
T. M. Bono Giovanni.
S. T. M. Passera Ercole.

4 alpini.

C. M. Morino Francesco.
T. M. La Cava Ignazio.
T. M. Pasino Eligio.
S. T. M. Gillone Carlo.

5 alpini.

C. M. Calegari Gio. Battista.
T. M. Martinelli Giuseppe.
T. M. Cimino Francesco.
T. M. Negro Ernesto.
T. M. Pavia Colman.

6 alpini.

C. M. Bernucci *Giovanni*
 T. M. Costa *Emilio*.
 T. M. Lioni *Girolamo*.

7 alpini.

C. M. Cittolini *Silvio*.
 T. M. Margotta *Cesare*.
 T. M. Bernucci *Rodolfo*.
 T. M. Gaggia *Mario*.

REGGIMENTI DI CAVALLERIA.*Vizza (1)*

C. M. De Rosa *Michele*.
 S. T. M. C. Castelli *Antonio*.

Piemonte Reale (2).

C. M. Vigno *Luigi*.
 S. T. M. C. Iacono *Salvatore*

Savoia (3)

C. M. Piergianni *Vincenzo*.
 S. T. M. C. De Paulis *Francesco*.

Genova (4).

C. M. Margaria *Giovanni*.
 S. T. M. C. Finelli *Enrico*.

Novara (5).

C. M. De Filippis *Adolfo*.
 T. M. Pignatelli *Filippo*
 S. T. M. C. Frassinetti *Antonio*.

Aosta (6)

C. M. Cugi *Licurgo*.
 S. T. M. C. Pipino *Francesco*.

Milano (7)

C. M. Donini *Giuseppe*.
 T. M. Fantoli *Giulio*.

Montebello (8).

C. M. Ongaro *Giuseppe*
 T. M.

Firenze (9).

C. M. Del Priore *Garibaldi*.
 S. T. M. C. Sarto *Vittorio*.

Vittorio Emanuele (10).

C. M. Medugno *Francesco*.
 S. T. M. C. Pagliara *Ferdinando*.

Foggia (11).

C. M. De Prisco *Luigi*.
 S. T. M. C. Vassella *Pasquale*.

Saluzzo (12).

C. M. Solliotti *Efiso*.
 S. T. M. C. Di Salvo *Giuseppe*.

Monferrato (13).

C. M. Salinari Salvatore

T. M. De Maria Nicolo

Alessandria (14)

C. M. Cardì Francesco.

T. M. C. Tommasini Alcide

Lodi (15)

C. M. Vespasiano Domenico.

S. T. M. C.

Lucca (16)

C. M. Palermo-Patera Stanislao

S. T. M. C.

Caserta (17).

C. M. Gassi Francesco.

S. T. M. C.

Piacenza (18)

C. M. Abelli Vittorio

S. T. M. Rosso Eugenio

Guida (19)

C. M. Corradi Angelo

S. T. M. C.

Roma (20)

C. M. Fanchiotti Eugenio

S. T. M. C. Palazzo Camillo

Padova (21)

C. M. Galvagno Teodoro

S. T. M. C. Rorchi Giulio.

Catania (22).

C. M. Mennella Arrangelo

S. T. M. Borcomi Alfido

S. T. M. C. Occhuzzi Angelo

Umberto I (23)

C. M. Gasmano Enrico

S. T. M. Orsini Costantino

S. T. M. C. Ortuani Arturo.

Vicenza (24).

C. M. Santoro Giuseppe.

S. T. M. C. Giannelli Alessandro.

REGGIMENTI ARTIGLIERIA*1 artiglieria.*

C. M. Fernandez Timoteo.

T. M. Bastianelli Umberto.

2 artiglieria.

C. M. Degli Uberti Gennaro.

T. M. Reale Vincenzo

3 artiglieria

C. M. Malavasi Enrico.

T. M. Stefano Umberto.

4 artiglieria.

C. M. Terzago *Giuseppe*.T. M. Claps *Angelo*.

5 artiglieria.

C. M. Tarocchi *Adolfo*.T. M. Coda *Carlo*.

6 artiglieria.

C. M. Brani *Attilio*.T. M. Santoro *Mariano*.

7 artiglieria.

C. M. Maggesi *Tommaso*.T. M. Passarella *Ugo*.

8 artiglieria.

C. M. Pecchio-Fantoni *Giuseppe*.T. M. Marini *Palo*.

9 artiglieria.

C. M. Candini *Cesare*.T. M. Federici *Pietro*.

10 artiglieria.

C. M. Lorio *Giuseppe*.T. M. Tempesta *Costanzo*.

11 artiglieria.

C. M. Sandretti *Enrico*.T. M. Boggio-Lera *Gabriele*.

12 artiglieria.

C. M. Barrecchia *Nicola*.S. T. M. Quaranta *Pasquale*.

13 artiglieria.

C. M. Virgallita *Mario*.T. M. Marsanich *Arturo*.

14 artiglieria.

C. M. Ruini *Camillo*.

S. T. M.

15 artiglieria.

C. M. Zoppellari *Pompeo*.T. M. Riva *Antonio*.

16 artiglieria.

C. M. Tapparini *Cesare*.T. M. Paschetto *Ferdinando*.

17 artiglieria.

C. M. Sererico *Giuseppe*.S. T. M. Ronga *Vincenzo*.

18 artiglieria.

C. M. Parlati *Paolo*.

T. M.

19 artiglieria.

C. M. Catelli *Giovanni*.T. M. Andreini *Alfredo*.

20 artiglieria.

C. M. Giraldi *Pietro*.T. M. Basili *Andrea*.

21 artiglieria.

C. M. Glanola Antonio.

T. M. Comola Giulio.

22 artiglieria

C. M. Cipriano Luigi

T. M. Vinci Angelo.

23 artiglieria

C. M. Villa Ani Camillo.

T. M. Annino Beniamino

24 artiglieria

C. M. Capobianco Domenicantonio.

T. M.

ARTIGLIERIA DA COSTA E DA FORTEZZA

1^a brigata da fortezza.

T. M. Guaffrè Luigi

2^a brigata da fortezza.

T. M. Restivo Pantalone Giuseppe.

3^a brigata da fortezza.

T. M. Iacascia Salvatore.

4^a brigata da fortezza

T. M. D'Amato Nicola.

5^a brigata da fortezza.

T. M. Castellani Romeo.

6^a brigata da fortezza.

T. M. Catini Alpinolo.

7^a brigata da fortezza.

T. M. Santoro Giuseppe.

8^a brigata da fortezza.

T. M. Grillo Ettore.

9^a brigata da fortezza

T. M. Gimelli Eugenio.

10^a brigata da fortezza.

T. M. Doti Rosario.

11^a brigata da fortezza

T. M. Fortunato Carlo

1^a brigata da costa.

S. T. M. Cappello Pio.

2^a brigata da costa.

T. M. Ferrosi Enrico.

3^a brigata da costa.

T. M. Damiano Nicola.

4^a brigata da costa.

T. M. Lo Bianco Luigi.

5^a brigata da costa.

T. M. De Giorgi Beniamino.

6^a brigata da costa.

T. M.

7^a brigata da costa.

T. M. Ducceschi Modesto.

8ª brigata da costa.

T. M.

9ª brigata da costa.

T. M. Crispo *Ubaldo.*

10ª brigata da costa.

T. M. Giustini *Celso.*

11ª brigata da costa.

T. M.

REGGIMENTO ARTIGLIERIA A CAVALLO.

C. M. Morosini *Marco.*

T. M. Messerotti Benvenuti *Giuseppe.*

REGGIMENTO ARTIGLIERIA DA MONTAGNA

C. M. D'Albenzio *Nichela*

T. M. Tortora *Giovanni.*

T. M. Ajroldi *Luigi.*

REGGIMENTI GENIO.

1 genio.

C. M. Buronzo *Giovanni.*

T. M. Iervolino *Salvatore.*

2 genio

C. M. Bistarelli *Angelo.*

T. M. Datihene *Filippo*

3 genio.

C. M. Samory *Postumio.*

T. M. Gabiùhe *Felice.*

4 genio

C. M. Bisbini *Putro.*

T. M. Verdoliva *Beniamino.*

5 genio.

C. M. Cougnet *Filippo.*

T. M. (brigata ferrovieri).

T. M. Ferro Luzzi *Massimiliano*

COMANDO DEGLI STABILIMENTI MILITARI DI PENA

Reclusorio Savona.

C. M. Astengo *Francesco*

F. Gerbino *Vittorio.*

Reclusorio Gada.

C. M. Gaeta *Antonio.*

DIREZIONE TERRITORIALE DI SANITÀ MILITARE ED OSPEDALI MILITARI.

DIREZIONE LI SANTA' DEL I CORPO D'ARMATA

Col. M. Randone Giovanni (direttore).
C. M. Tommasina Mario.

Ospedale principale di Torino.

T. C. M. Morossi Giovanni (direttore).
M. M. Bogliaccini Costanzo.
M. M. Strombo Natale.
M. M. Fregni Arnaldo.
M. M. Maccagno Giacomo.
C. M. Pasquale Ferdinando.
C. M. Asduino Fortunato (inf. pres. Pinerolo).
C. M. Trombetta Edmondo. †
C. M. Carta Mantiglia Filippo.
T. M. Cighetti Giuseppe.
T. M. Coste Quinto.
T. M. Cottafava Enrico.
T. M. Zerzo Luigi.
T. M. Pellerino Andrea.
T. M. Tesio Giuseppe.
T. M. Maglioli Antonio.
F. C. Gayla Demetrio.
F. Ferrari Claudio.
F. Suzzi Filippo.
F. Eletto Alfonso.

Ospedale principale di Novara.

T. C. M. Baruffaldi Liborio (direttore).
M. M. Tempo Luigi.
M. M. Cametti Silvio.
C. M. Ariani Domenico.
C. M. Grotti Carlo. †
T. M. Iacovo Francesco.
F. M. Rivalta Raffaele.
T. M. Brivio Francesco.
F. C. Bonis Giorgio.
F. Rolta Francesco.

DIREZIONE DI SANITÀ' DEL II CORPO D'ARMATA

Col. M. Lombardo Michele (direttore).
C. M. Vighardi Patenio.

Ospedale principale di Alessandria.

T. C. M. Musizzano Luigi (direttore).
M. M. Griggi Amedeo (inf. pres. Pavia).
M. M. Carrati Celestino.
M. M. Vigorelli Achille.
C. M. Delle Piane Luigi (inf. pres. Casale).
C. M. Piceni Giulio. †.

C. M. Gemelli *Cesare*.
 C. M. Rinaldi *Scipione* (inf. pres. Novi Ligure).
 T. M. Catini *Alpinolo*.
 T. M. Pettinelli *Filomeno*.
 F. C. Abbati *Antonio*.
 F. Martinotti *Carlo* (inf. pres. Pavia).
 F. Forchiero *Luigi*.
 F. Carruti *Romolo* (ass. onor. labor. san. pubb.).

Ospedale principale di Savignano.

T. C. M. Gozzano *Francesco* (direttore).
 M. M. Crema *Gio. Batt.*
 C. M. Pagliuzzi *Giacinto*, +
 T. M.
 T. M. Marcone *Stefano*
 F. Russi *Carlo*.
 F. Micchini *Antonio*.

DIREZIONE DI SANITA' DEL III CORPO D'ARMATA

Col. M. Carasso *Giovanni* (direttore).
 C. M. Peltinari *Adriano*.

Ospedale principale di Milano.

T. C. M. Favre *Giovanni* (direttore).
 M. M. Laera *Nichele*.
 M. M. Corszsi *Adolfo*.
 C. M. Stettenom *Ellora*.
 C. M. Pronotto *Benedetto Sulpizio*.
 C. M. Aprozio *Roberto*.
 C. M. Bargoni *Attilio*, + (com. ispett. san. mil.).
 T. M.
 T. M. Lanza *Tommaso*.
 F. C. Risoletti *Sossio*.
 F. Cornelli *Cornelio*.
 F. Mirani *Celso*.

Ospedale principale di Brescia.

T. C. M. Massa *Giuseppe* (direttore).
 M. M. Pesadori *Egidio*.
 M. M. Righini *Pio*.
 C. M. Zanchi *Dante* (inf. pres. Bergamo).
 C. M. Fattori *Giovanni*.
 C. M. Pimpinelli *Pietro*, +.
 T. M. Pantano *Arturo*.
 T. M. Palmieri *Raffaele*.
 F. Bertoldi *Antenore*.
 F. Parisi *Vincenzo*.

DIREZIONE DI SANITA' DEL IV CORPO D'ARMATA.

Col. M. Pinto *Antonio* (direttore).
 C. M. Nardoni *Antonio*.

Ospedale principale di Genova.

T. C. M. Bocchia Enrico (direttore).
 M. M. Rosanigo Alberto.
 M. M. Giuliani Francesco.
 C. M. Curti-Pelarda Nicola.
 C. M. Randaccio Ernesto, +
 C. M. Frigo Leonardo.
 T. M. Di Giacomo Luigi, —.
 T. M. Sanna Attilio.
 F. Bozzola Eugenio.
 F. Ferraro Annibale.
 F. Roberti Giuseppe.

Ospedale principale di Piacenza

T. C. M. Fissore Francesco (direttore).
 M. M. Selegorni Carlo (succursale Parma).
 M. M. Verri Luigi (inf. pies. Cremona).
 M. M. Ginfredi Alfredo.
 C. M. Ghirelli Felice, +
 C. M. Freda Alfonso (succursale Parma).
 C. M. Franceschi Vincenzo.
 T. M. Bonomi Gaetano.
 T. M. Cattani Carlo, — (succursale Parma).
 T. M. Trovarelli Luigi.
 F. C. Francesconi Giacomo.
 F. Ginfredi Giusfreda (succursale Parma).
 F. Rodini Lorenzo.
 F. Perotta Gustavo (succursale Parma).
 F. Alberti Egidio.

DIREZIONE DI SANITA' DEL V CORPO D'ARMATA.

Col. M. Libera Luigi (direttore).
 C. M. Gelmetti Arturo.

Ospedale principale di Verona.

T. C. M. Mozzadri Giuseppe (direttore).
 M. N. Zucchi Giovanni (succursale Mantova).
 M. M. Cavazzocca Giuseppe.
 M. M. Orlandi Giovanni.
 M. M. Testa Pasquale.
 C. M. Martinazzi Lodovico (succur. Mantova).
 C. M. Gambino Gaetano, +
 C. M. Bozzi Felice.
 T. M. Bonati Alfonso, —
 T. M. Odiera Luigi.
 S. T. M. Pizzuti Giuseppe (succursale Mantova).
 F. C. Carrier Alfonso.
 F. Boltrini Felice (succursale Mantova).
 F. Centa Attilio.
 F. Grosso Francesco.
 F. Bensi Pietro (succursale Mantova).
 P. Martini Giovanni.

Ospedale principale di Padova.

T. C. M. Curadonna *Antonino* (direttore).
 M. M. Rossi *Augusto* (succursale Venezia).
 M. M. Micheli *Luigi* (succursale Udine).
 M. M. Vicedomini *Matteo*.
 M. M. Vallicelli *Antonio*.
 C. M. Ventura Buonvicini *Pietro* (succur. U. lne).
 C. M. Ronaldi *Michele* (succursale Venezia).
 C. M. Fabris *Domenico* (inf. pras. Treviso).
 C. M. Magretta *Edmondo*.
 C. M. Nodari *Pietro*, +.
 T. M. Benincasa *Vincenzo*.
 T. M. Ghini *Gastano*.
 T. M. (succursale Udine).
 T. M. Franchi *Luigi*.
 F. C. Chetichia *Andrea*.
 F. Marini *Pietro* (succursale Venezia).
 F. Fabris *Riccardo*.
 F. Cerveilin *Antonio* (succursale Venezia).
 F. Enrico *Francesco*.

DIREZIONE DI SANITA' DEL VI CORPO D'ARMATA.

Col. M. Carabba *Raffaele* (direttore).
 C. M.

Ospedale principale di Bologna

T. C. M. Storza *Claudio* (direttore).
 M. M. Neviani *Pio*.
 M. M. Barbatelli *Ettore*.
 M. M. Bonavaglia *Luigi*.
 C. M. De Vigilis *Raffaele*.
 C. M. Mondai *Giuseppe* (com. ispett. san. mil.)
 C. M. Monelli *Ernesto*, +.
 C. M. Fonti *Aleudato*.
 T. M. Paltrimeri *Umberto*.
 T. M. Saggi *Svaristo*.
 F. C. Carmelutti *Federico*.
 F. Verde *Oreste*.
 F. Segni *Maurizio*.
 F. Corchia *Primo*.
 F. Vaccaro *Francesco*.

Ospedale principale di Ravenna.

T. C. M. Morino *Domenico* (direttore).
 M. M. Fresa *Artisiodemo*.
 C. M. Petti *Vincenzo*.
 T. M. Camboni *Francesco*.
 F. Mighardi *Domenico*.
 F. Mannaioni *Giovanni*.

DIREZIONE DI SANITA' DEL VII CORPO D'ARMATA.

Col. M. De Renzi *Giuseppe* (direttore).
 C. M. Gandolfi *Giacomo*.

Ospedale principale di Ancona.

T. C. M. Bobbio *Eugenio* (direttore).
 M. M. Barletta *Virolo*.
 M. M. Menzili *Michele*.
 C. M. De Roberto *Gaetano*, +
 C. M. Ruggeri *Giuseppe*.
 T. M. Recchione *Elton*, —
 T. M. Riva *Umberto*.
 F. C. Bolognini *Carlo*.
 F. Falchi *Emilio*.

Ospedale principale di Chieti

T. C. M. Forti *Giuseppe* (direttore).
 M. M. Baldassarre *Geremia*.
 M. M. D'Angelantonio *Elton* (inf. pres. Aquila).
 C. M. Bisceglie *Alcandro* (inf. pres. Foggia).
 C. M. Iorio *Luigi*.
 C. M. D'Elton *Alfredo*, +
 T. M. Pastorello *Liborio*.
 T. M. Rugani *Luigi*.
 F. Sibilla *Gio. Battista*.
 F. Natale *Luigi* (inf. pres. Aquila).
 F. Tedeschi *Francesco*.

DIREZIONE DI SANITA' DELL'VIII CORPO D'ARMATA

Col. M. Imbriaco *Pietro* (direttore).
 C. M. Arcangeli *Alfonso*.

Ospedale principale di Firenze

T. C. M. Sciumbata *Giuseppe* (direttore).
 M. M. Silvestri *Francesco*.
 M. M. Baldanza *Andrea*.
 M. M. Puglisi *Michelangelo*.
 C. M. Paroli *Celestino*, +.
 C. M. Sanguinetti *Carlo*.
 C. M. Nocelli *Domenico*.
 T. M. Nardini *Giulio*.
 T. M. Santucci *Stefano*, —
 T. M. Marri *Esio*.
 F. C. Sola *Giuseppe*.
 F. Nicolai *Angelo*.
 F. C. Conti *Carlo*.

Ospedale principale di Livorno.

T. C. M. Bianchi *Leopoldo* (direttore).
 M. M. Sussone-Chiattone *Antonio*.
 M. M. Deslino *Samatru*.
 C. M. Cedrola *Giuseppe*.
 C. M. Maugeri *Francesco*, +.
 C. M. Marco *Giuseppe Achille* (inf. pres. Siena).
 T. M. Procacci *Ariuro*.
 T. M. Tonietti *Pietro* (com. sc. appl. san. mil.).
 T. M. Rozzi *Pietro*.
 F. C. Rovere *Giuseppe*.
 F. Coscova *Nicomede*.

DIREZIONE DI SANITA' DEL IX CORPO D'ARMATA

Col. M. Chiaiso *Alfonso* (direttore).C. M. Cherubini-Giammaroni *Orlando*.*Ospedale principale di Roma.*T. C. M. Ferrero di Cavallerleone *Luigi* (direttore)T. C. M. Persichetti *Carlo*M. M. Susca *Domenico*.M. M. Bina *Maurizio*.M. M. De Angelis *Lazzaro*.M. M. Cervigni *Giovanni*.C. M. Brezzi *Giuseppe*C. M. Rizzo *Michelangelo*.C. M. Moschini *Enrico*, +.C. M. Galli *Giov. Domenico*C. M. Ragnoni *Romolo*C. M. Tursini *Giov. Francesco* (inf. pres. Civilevecchia)C. M. Della Valle *Francesco* (com. Min. guerra)C. M. Traversi *Leopoldo*.C. M. C. Quirico *Giovanni* (med. pers. di S. M. il Re).T. M. Trevisani *Gaetano* (com. Min. guerra).T. M. Marini *Pio*.T. M. Gros *Giuseppe*, —.T. M. Corbi *Edoardo*T. M. Tobia *Arturo*.F. C. Francosini *Guido*.■. C. Bompiani *Alessandro*.F. Tonini *Luigi*.F. Macini *Francesco*.F. Celli *Vincenzo*.■. Guerrieri *Raffaele*.*Ospedale principale di Cagliari.*T. C. M. Pabis *Roberto* (direttore)M. M. Orrù *Raffaele*.C. M. Ausiello *Pasquale*.C. M. Falconi *Gavino*, +.C. M. Schirra *Guglielmo* (inf. pres. Sassari).T. M. Varden *Elio*, —F. Mantico *Giovanni*.F. Nonis *Raffaele**Ospedale principale di Perugia.*T. C. M. Volino *Carmine* (direttore).M. M. Bizzarri *Rodolfo*.M. M. Tattarico *Bonifacio*.M. M. Cavicchia *Francesco*.C. M. Cutri *Ferdinando* (inf. pres. Terni)C. M. Caredda *Federico*, +.T. M. Cheleschi *Camillo*, —.

T. M. Fazio *Giuliano*.
 F. Chemin *Antonio*
 F. Muzzioli *Antonio*

DIREZIONE DI SANITA' DEL 3 CORPO D'ARMATA.

Col. M. Iandolo *Costantino* (direttore)
 C. M. Lanza *Emanuele*.

Ospedale principale di Napoli.

T. C. M. Caporaso *Luigi* (direttore).
 M. M. Parisi *Felice*.
 M. M. D'Ajello *Raffaele*
 M. M. Savano *Raffaele* (inf. pres. Gaeta).
 M. M. De Cesare *Zaccaria*
 M. M. Bile *Giovanni*
 M. M. De Fazio *Andrea*
 M. M. De Martino *Angela*.
 C. M. Giorgio *Cesare*, +
 C. M. Martello *Giuliano* (inf. pres. Capua).
 C. M. Cantarano *Costantino*.
 C. M. Dell'Olio *Gio. Battista*.
 C. M. Strignano *Felice*
 C. M. Marrocco *Achille*
 T. M. Scarano *Luigi*.
 T. M. Sebastiani *Giuseppe*
 T. M. Ronga *Vincenzo*.
 T. M. De Sarto *Eugenio*.
 F. C. La Rotonda *Raffaele*
 F. Amatore *Antonio*
 F. Alberani *Emilio* (infer. pres. Gaeta).
 F. Ferrara *Giuseppe*

Ospedale principale di Salerno
 (in Casa dei Tirreni).

T. C. M. Cervasio *Salvatore* (direttore).
 M. M. Pasquale *Ferdinando*
 C. M. Abate *Alfonso*, +
 C. M. Romano *Francesco*.
 T. M. Petrecca *Michele*.
 T. M. Santoli *Emilio*, —
 F. Bifulco *Aurelio*.
 F. Giordano *Vincenzo*.

Ospedale principale di Caserta.

T. C. M. De Fura *Ettore* (direttore)
 M. M. Tempesta *Luigi*.
 M. M. Inzitari *Giuseppe*
 C. M. Gerundo *Giuliano*, +
 T. M. Romano *Nicolino*.
 T. M. Ruta *Sebastiano*.
 F. C. Russo *Enrico*
 F. Lutrario *Giacomo*.
 F. Santolin *Agustino*

DIREZIONE DI SANITA' DELL'XI CORPO D'ARMATA

Col. M. Manescalchi *Lodovico* (direttore).
C. M. Fascia *Giuseppe*

Ospedale principale di Bari.

T. C. M. Susca *Vito* (direttore).
■ ■ ■
M. M. Guarneri *Pietro*.
C. M. Losito *Vito*.
C. M. Moscati *Tommaso* (inf. pres. Potenza).
C. M. Criscuolo *Nicola* (inf. pres. Lecce).
C. M. Videtta *Emanuele*, +.
T. M. Gallo *Nicolangelo*.
T. M. Castellano *Fedele*.
F. C. Meneghelli *Giovanni*.
F. Del Piero *Gio. Battista*.

Ospedale principale di Catanzaro.

T. C. M. Castelli *Riccardo* (direttore).
M. M. L. Ari *Vincenzo*.
M. M. Perfetti *Francesco*.
C. M. Carbone *Bruno* (inf. pres. Monteleone).
C. M. Sigillo *Letterio* (inf. pres. Reggio Calabria).
C. M. La Grotteria *Pasquale* (inf. pres. Cosenza).
C. M. Citanna *Nicola*, +.
T. M. Cantafora *Nicola* (inf. pres. Castrovillari).
T. M. D'Alia *Alfonso*, —.
T. M. Vinci *Francesco*.
F. Pompeiani *Carlo*.
F. Piraino *Stefano*.

DIREZIONE DI SANITA' DEL XII CORPO D'ARMATA

Col. M. Alvaro *Giuseppe* (direttore).
C. M. Strano *Antonino*.

Ospedale principale di Palermo

T. C. M. Rava *Ernesto* (direttore).
M. M. Zingales *Antonino*.
M. M. Natoli *Francesco*.
M. M. Vita *Gaetano*.
C. M. Scaldara *Giuseppe* (inf. pres. Girgenti).
C. M. Ricciuti *Francesco*.
C. M. Polistena *Domenico* (inf. pres. Trapani).
C. M. Del Vecchio *Ruggiero*.
T. M. Licastro *Giuseppe*, —.
T. M. Mistello *Emilio*.
T. M. Micala *Salvatore*.
F. C. Pelizzari *Cortolano*.
F. Ceppi *Ugo*.
F. Polo *Lorenzo*.
F. Laurini *Carlo*.

Ospedale principale di Messina

T. C. M. Adelsalo *Federico* (direttore).
 M. M. Stilo *Pietro*.
 M. N. Minici *Eugenio*.
 C. M. Raineri *Gaetano* (inf. pres. Catania).
 C. M. Carino *Tommasino*. +.
 C. M. Cormagi *Giuseppe* (inf. pres. Siracusa).
 C. M. Abbate *Donato*.
 T. M. Grado *Paolo*.
 T. M. Visalli *Paolo*. —
 F. C. Bellizzi *Arturo*.
 F. Lojaccono *Pasquale*.

FARMACIA CENTRALE MILITARE

C. F. D. Antolini *Bernardo* (direttore).
 F. C. Berro *Giovanna*.
 F. C. Amoroso *Vincenzo*.
 F. C. Pigozzo *Felice*.
 F. Iovachina *Marro*.
 F. Baroni *Edoardo*.
 F. Castelani *Giuseppe*.
 F. Guidi *Gio. Ballo*.
 F. Diamonte *Giuseppe*.
 F. Marengo *Vittorio*.
 F. Cornelia *Luigi*.

PRESIDI D'AFRICA.

C. M. Mozzetti *Elixio*.
 C. M. Pace *Luig.*
 T. M. Pizzocolo *Ognibene*.
 T. M. Scalessi *Giorgio*.
 T. M. De Stephanis *Giuseppe*.
 T. M. Piccone *Michelangelo*.
 T. M. Ruzi *Luigi*.
 T. M. Garau *Pietro*.
 T. M. Annaratone *Carlo*.
 T. M. Castoldi *Ettore*.
 T. M. Olivari *Pietro*.
 T. M. De Benedictis *Onorio*.
 S. T. M. C. Macchia *Ernesto*.
 S. T. M. C. Macaluso *Luigi*.
 S. T. M. C. Mansorda *Giovanni*.
 S. T. M. C. Mitarotonda *Giuseppe*.
 F. C. De Paol. *Antonio*.
 F. Nolis *Gerolamo*.

INDICE ALFABETICO

A

Abate Alfonso 16
 Abbate Donato 15
 Abbati Antonio 32
 Abelli Vittorio 49
 Adelasio Federico 40
 Ajroldi Luigi 25
 Alberani Emilio 33
 Alberti Egidio 31
 Ajoatti Benedetta 46
 Altana Giuseppe 48
 Altobelli Alberto 21
 Alvato Giuseppe 50
 Amante Grazia 46
 Amati Vincenzo 32
 Amaturo Antonio 48
 Amidei Alfredo 48
 Ammendola Pietro 71
 Amoroso Vincenzo 24
 Andreini Alfredo 47
 Angeletti Annibale 25
 Annaratone Carlo 25
 Annino Beniamino 31
 Antolino Bernardo 45
 Antoni Hanser 46
 Aprosia Roberto 44
 Arcangeli Alfonso 45
 Arcari Bernardo 45
 Arduino Fortunato 11
 Arena Antonio 46
 Ariani Domenico 46
 Armandi Carlo 46
 Arpa Vittorio 36
 Artom Abramo 17
 Arzano Francesco 22
 Astegiano Giovanni 9
 Astengo Francesco 48
 Atzeni Giuseppe 43
 Audenino Alberto 44
 Ausello Pasquale 46

B

Baccarani Ottavio 16
 Baldanza Andrea 15
 Baldassarre Geremia 32
 Baldini Cesare 49
 Balestra Stefano 40
 Barbatelli Ettore 25
 Barchiesi Enrico 33
 Bargini Attilio 31
 Barletta Nicola 46
 Barletta Salvatore 48
 Barnabè Angelo 21
 Barocchino Carlo 50
 Barone Donato 46
 Baroni Edoardo 46
 Barrecchia Nicola 32
 Bartalini Emilio 48
 Baruffaldi Liborio 48
 Basili Andrea 71
 Bassi Giuseppe 24
 Bastianelli Umberto 47
 Batolo Luigi 25
 Battaglia Salvatore 25
 Beccaria Giovanni 31
 Bellia Emilio 45
 Belliazzi Arturo 46
 Belltrame Vincenzo 44
 Benati Alfonso 45
 Benelli Gusto 11
 Benincasa Vincenzo 46
 Bernardo Luigi 46
 Bernucci Giovanni 46
 Bernucci Rodolfo 36
 Bertola Pietro 17
 Bertoldi Antenore 22
 Bertozzi Antonio 9
 Besla Vincenzo 48
 Besso Eugenio Mario 43
 Biamonti Achille 44
 Bianchi Gino 46

Bianchi Leopoldo 40
 Bifano Piero 44
 Bifulco Aurelio 32
 Bile Giovanni 39
 Bina Maurizio 42
 Biondi Domenico 42
 Biondi Pietro 43
 Biscoglio Luigi 48
 Biscoglio Riccardo 42
 Bistarelli Angelo 47
 Bizzarri Rodolfo 18
 Bizio Eugenio 12
 Bionda Enrico 48
 Bocca Salvatore 60
 Bocconi Attilio 36
 Boggi Lera Gabriele 44
 Boggianni Costanzo 31
 Bolognese Michele 45
 Bolchini Fedele 44
 Bolio Giorgio 41
 Bolio Torquato 23
 Bollognini Carlo 44
 Bolneri Roberto 22
 Bonipiani Alessandro 44
 Bonanno Paolo 45
 Bonavoglia Luigi 21
 Bonito Giusè 16
 Bonio Giovanni 32
 Bonomi Giulino 44
 Bonomo Nicola 32
 Borella Silvio 15
 Borghesi Giuliano 22
 Bosco Pietro 12
 Boschi Giovanni 16
 Bozzi Felice 24
 Bozzi Pietro 42
 Bozzola Eugenio 32
 Bressi Giovanni 14
 Brezzi Giuseppe 61
 Brin Pasquale 26
 Brizatti Giuseppe 41
 Brignone Ferdinando 47

Brindici Giuseppe 46
 Brini Tommaso 44
 Brivio Francesco 32
 Brizio Enrico 43
 Brugnatedi Eugenio 42
 Brunello Augusto 46
 Bruni Attilio 45
 Bruno Vincenzo 42
 Bruno de Curtis Sal-
 vatore 18
 Buccino Tobia 37
 Buonanno Adalberto 41
 Buonanno Lorenzo 40
 Barozzi Giovanni 49
 Bussacchiattone An-
 tonio 26

C

Caballo Felice 48
 Caccia Francesco 31
 Caccione Francesco 21
 Cagnese Giacomo 32
 Cagnone Fabrizio 47
 Calderini Ferdinando 42
 Calogari Gio Battista 44
 Calore Giovanni 21
 Calvieri Emilio 21
 Camboni Francesco 22
 Canobbio Silvio 36
 Canzatti Enrico 42
 Campolissotommaso 26
 Campoli Alessandro 38
 Cantrini Cesare 44
 Canzani Lorenzo 21
 Canzani Nicola 21
 Canziani Nicola 31
 Cantarano Cosantino 46
 Cantella Mariano 47
 Cantu Antonio 48
 Cantu Francesco 21

Capelli Giuseppe	48	Cerqua Nicola	44	Cosco Angelo	47	De Falco Andrea	43
Capobianco Dom. Antonio		Cerretti Luigi	44	Cosso Alberto	25	De Feo Luigi	44
	47	Cerrotti Abele	48	Costa Emilio	21	De Filippis Adalberto	19
Caporaso Luigi	44	Cerruti Romolo	35	Costa Quinto	23	De Furia Ritoro	41
Capello Pio	26	Cervasio Salvatore	40	Cotellessa Alfonso	30	De Giorgi Beniamino	23
Capriano Emilio	43	Cervellin Antonio	33	Cottalava Enrico	22	Degli Uberti Genaro	15
Caputi Giovanni	47	Cervigni Giovanni	43	Cotterchio Alessio	46	Del Bello Antonio	25
Cara Francesco	41	Cevaschi Calisto	49	Cugnet Filippo	14	Del Giudice Gaetano	38
Carabba Raffaele	10	Cheleschi Cammillo	22	Cuzi Gaetano	66	Di Elia Alfonso	22
Caratonna Antonino	14	Chemia Antonio	32	Crema Gio. Battista	42	Della Valle France	
Caradonna Francesco	45	Chercher Sanic	44	Crespi Cesare	61	sco	18
Carasso Antonio	39	Cherubini Edoardo	38	Creschi Evaristo	43	Nelle Piane Luigi	17
Carasso Giovanni	9	Cherubini-Giamma-		Criscoli Nicola	47	Dell'Olivo Gio. Battista	16
Carlone Bruno	15	roni Orlando	45	Crispo Ubaldo	22	Stelmio Orazio	20
Carboni Ramondo	44	Chetoni Luigi	17	Croce Silvino	48	Delegu Gaetano	20
Cardi Francesco	19	Chinasso Alfonso	9	Cugli Licurgo	20	Del Piano Giuseppe	41
Cardone Francesco	47	Chialchia Andrea	43	Cuoco Luigi	21	Del Piero Gio. Batt.	35
Cardella Federico	16	Chiaradia Gaetano	46	Curli-Petarda Nicola	18	Del Priore Garibaldi	20
Carignola Genaro	16	Chiarì Nicola	44	Curz Decto	37	De Luca Covantino	18
Carino Tommasino	14	Chicco Alfonso	45	Cu-sari Martino	49	Del Vecchio Ruggero	46
Carloni Leonardo	44	Chini Gaetano	23	Cusmano Enrico	49	De Maria Nicolo	35
Carlotto Gio. Battista	46	Chiraco Andrea	19	Cusmano Giacomo	47	De Marlini Luigi	40
Carnelutti Federico	32	Ciampini Cesare	38	Catri Ferdinando	47	De Martino Angelo	43
Carotenuto Domenico	38	Cicchelli Annibale	46			Demurra Cornelio	26
Carozzi Adolfo	13	Cigliutti Giuseppe	23			De Nicolais Pietro	48
Carraù Celestino	42	Cimino Francesco	24			Denti Francesco	68
Carrier Alfonso	31	Cipriano Luigi	16			De Paoli Antonio	32
Caruccio Antonio	13	Cianna Ferdinando	41			De Prisco Luigi	21
Carla-Mantiglia Fi-		Cittanna Nicola	45			De Robertis Roberto	68
lippo	16	Cittolini Silvio	44			De Roberto Gaetano	16
Casaburi Francesco	45	Claps Angelo	21	Dalbene Filippo	24	De Renzi Giuseppe	9
Casciaro Giovanni	41	Cocchi Domenico	26	D'Aiello Raffaele	42	De Rosa Francesco	44
Casolino Riccardo	41	Coccone Maggiorino	32	Dainelli Luigi	39	De Rosa Michele	49
Cassese Luca	45	Cocola Vincenzo	48	D'Albe izio Michele	18	De Sarlo Eugenio	25
Casimiani Romeo	25	Coda Carlo	24	Dal Pozzo Domenico	47	De Simone Luigi	45
Castellani Ruggero	44	Colamusso Flaviano	47	D'Amato Carmelo	48	De Simone Zefirino	17
Castellino Fedele	41	Colognato Scipione	46	D'Amato Nicola	24	De Stephanis G.ppe	24
Castellini Giuseppe	33	Colomatti Luigi	47	D'Amato Nicola	24	Destino Salvatore	43
Castello Francesco	21	Comola Giulio	24	D'Amico Rinaldo	21	De Toma Pietro	45
Castoldi Elvira	25	Concorelli Mario	47	D'Amonte Giuseppe	34	Detlori Angelo	48
Casu Nicola	39	Conenna Ylio	48	D'Angelantonio Et-		D'Ettore Alfredo	30
Cataldi Luigi	38	Consale Giuseppe	48	lore	43	De Vignis Raffaele	45
Catelli Giovanni	15	Conti Carlo	35	D'Antona Giuseppe	41	Di Domenico Nicola	41
Catini Alpinolo	23	Coppola Nicola	21	Darra Vittorio	19	Di Giacomo Luigi	22
Cattani Carlo	23	Coradeschi Scipione	44	D'Arsola Gesuele	48	Di Martino Carlo	45
Caviechia Francesco	13	Corbi Edoardo	24	D'Ari Alessandro	42	Di Martino Nicolo	46
Cavazzoca Giuseppe	42	Corchia Primo	34	D'Aversa Giuseppe	43	Di Paolo Luigi	46
Cecchetti-Domenico	19	Cordova Luigi	44	De Angelis Lazzaro	43	Di Proposito Salvatore	45
Cedola Giuseppe	45	Cormagi Giuseppe	17	De Benedictis Onorio	25	Di Santo Pietro	47
Cemo Achille	10	Cornelio Luigi	34	Debernardi Stefano	30	Di Venere Gaetano	43
Celli Vincenzo	34	Cornelli Cornelio	34	De Caroli Emilio	42	Domenici Sabatino	44
Centa Attilio	33	Corona Augusto	43	De Cecco Giuseppe	46	Domenico Giuseppe	38
Ceppi Lgo	33	Corrafi Angelo	20	De Cesare Eduardo	49	Donini Giuseppe	20
Cerio Ignazio	44	Corte Silvio	42	De Cesare Zaccaria	41	D'Onofrio Domenico	41
Cerone Francesco	30	Coscera Nicomede	33	De Dilectis Giuseppe	43	Doria Rosario	24
				De Facendis Giuseppe	48	Unecchi Modesto	22

E

Eietto Alfonso 35
 Elantonic Domenico 40
 Enrico Francesco 34

F

Fabiani Gennaro 46
 Fabris Domenico 43
 Fabris Riccardo 32
 Falcini Emilio 34
 Falconi Gavino 15
 Faldella Pietro 21
 Fanchari Giovanni 45
 Fanchiotti Eugenio 20
 Fantasia Salvatore 44
 Fantini Giovanni 44
 Fantoli Giulio 25
 Faralli Celestino 16
 Farina Giuseppe 18
 Farroni Enrico 24
 Fasola Giuseppe 16
 Fattori Giovanni 18
 Fayre Giovanni 10
 Fazio Giuliano 23
 Fecchio Giuseppe 15
 Federico Pietro 22
 Fernandez Timoteo 17
 Ferrara Giuseppe 33
 Ferraresi Salvatore 43
 Ferrari Claudio 33
 Ferrari Michele 43
 Ferraro Annibale 33
 Ferrero di Cavaller-
 lone Luigi 10
 Ferretti Giuseppe 47
 Ferro-Luzzi Maximil. 37
 Firmani Antonio 38
 Finzi Enrico 42
 Fiorentini Emilio 26
 Fiorentino Luigi 37
 Florini Francesco 21
 Pissara Francesco 11
 Foa Teodoro 21
 Foggella Giuseppe 42
 Fongili Luigi 47
 Forcherio Luigi 34
 Formigini Demetrio 47
 Forno Angelo 46
 Forti Giuseppe 10
 Forti Pirro 47
 Fortunato Cairo 23

Franceschi Vincenzo 45
 Francesconi Giacomo 34
 Franchi Luigi 25
 Franchino Eugenio 40
 Franciosi Guido 31
 Francone Vincenzo 43
 Franzoni Pietro 16
 Fraschetti Venceslao 25
 Freda Alfonso 14
 Fregni Arnaldo 42
 Fresa Aristodemo 12

G

Frighi Leonardo 46
 Frullo Adenato 43
 Furno Giacomo 32
 Fusco Emilio 34
 Gaeta Antonio 44
 Gaggia Mario 41
 Gagliardi Francesco 19
 Gayla Demetrio 16
 Galasso Antonio 18
 Galasso Costantino 24
 Gal i Gio. Domenico 16
 Galli Italiano 43
 Gallo Atrofelangelo 10
 Galvagno Teonato 23
 Gambino Gaetano 15
 Gandolfi Giacomo 22
 Garabelli Luigi 17
 Garau Pietro 33
 Garneri Bartolomeo 43
 Garrone Giuseppe 33
 Gasca Ettore 43
 Gasole Halo 33
 Gaspari Pio 10
 Gassi Francesco 40
 Gatti Ferdinando 47
 Gauberti Giovanni 37
 Gavaresi Pietro 38
 Gelmetti Arturo 42
 Gelmini Pietro 26
 Gelormini Rodolfo 37
 Geloso Benaventura 21
 Gemelli Cesare 11
 Generali Francesco 21
 Gerbino Vittorio 42
 Gerbaldi Giovanni 47
 Gerunda Giuliano 34
 Ghirelli Felice 47

I

Gianazza Giuseppe 46
 Gianni Pietro 10
 Gianni Francesco 47
 Giannini Alfonso 23
 Gianola Antonio 45
 Giannotta Salvatore 34
 Giardino Luigi 25
 Gighi Giovanni 40
 Giglio Gioacchino 31
 Gillone Carlo 43
 Gimelli Eugenio 16
 Giordano Vincenzo 25
 Giorgio Cesare 14
 Girabli Pietro 42
 Giusfredi Alfredo 12
 Giusfredi Giusefredo 17
 Giusfrida Luigi 47
 Giuliani Francesco 20
 Giuliani Gaetano 21
 Giuliani Carlo 22
 Giovare Gio. Battista 9
 Gorini Francesco 36
 Gottardi Luigi 37
 Governatori Vincenzo 41
 Gozzani Francesco 24
 Grado Paolo 19
 Grasso Riondi Luigi 34
 Grieco Giuseppe 20
 Grieco Amedeo 36
 Grilli Alfredo 16
 Grillo Ettore 43
 Grillo Filippo 22
 Grimaldi Raffaele 21
 Grisanti Giusefchino 43
 Grisina Costrenzo 15
 Grixoni Giovanni 15
 Gius Giuseppe 25
 Grosso Filiberto 24
 Grosso Francesco 37
 Grotti Carlo 18
 Gualtoli Cesare 49
 Guidi Carlo 33
 Guidi Tito 18
 Guarnini Carmine 52
 Guasino Luigi 40
 Guasconi Pietro 44
 Guerrieri Raffaele 16
 Guerriero Francesco 46
 Guida Salvatore 37
 Guidi Gio. Battista 40
 Guidotti Tullio 45
 Gurgi Achille 43

L

lancro Alfonso 43
 Lannelli Vincenzo 37
 Lannini Pasquale 47
 lervolino Salvatore 34
 Lericcio Pietro 40
 L'imparato Mariano 41
 L'imperiali Giulio 26
 L'infese Giuseppe 19
 L'inzitari Giuseppe 13
 Lodi Enrico 46
 Lorio Luigi 18
 L'oraci Alfredo 18
 Lura Filippo 21
 Luzzo Giovanni 19
 La Cascia Salvatore 23
 La Cava Ignazio 23
 Laera Michele 12
 La Grottera Pasquale 23
 La Lita Luigi 9
 Landolfi Federico 9
 Lanna Antonio 46
 Lanza Emanuelle 16
 Lanza Gaetano 33
 Lanza Pietro 42
 Lanza Tommaso 38
 La Romana Raffaele 41
 La Scola Francesco 21
 Lastaria Francesco 26
 Latorza Giovanni 22
 Lauri Carlo 42
 Laurini Carlo 33
 Laueria Pasquale 48
 Lencioni Zefiro 44
 Leo Antonio 47
 Leonardi Antonio 46
 Leonardi Benedello 17
 Leone Baldassare 45
 Leorini Francesco 44
 Levi Bonajuto 43
 Libitola Luigi 10
 Licari Vincenzo 22
 Licari Vincenzo 43
 Licastro Giuseppe 23
 Lioni Girolamo 19
 Littardi Nicolao 21
 Livi Adolfo 44
 Lo Bianco Luigi 23
 Lojaccono Pasquale 48
 L'jacono Pietro 33
 Lombardo Antonio 25
 Lombardo Michele 10
 Longari Rodolfo 21

Patella Fran. Paolo	37	Portezza Luigi	41	Rizzi Luigi	21	Santoli Emilio	22
Patella Giovanni	48	Pressacco Pasquale	45	Rizzo Michelangelo	41	Santoli Ieri Augusto	35
Patrino Vincenzo	42	Pretti Carlo	36	Rizzuti Giuseppe	26	Santopadre Timoteo	45
Pavia Cullman	25	Procacci Arturo	24	Roberti Giuseppe	33	Santoro Giuseppe	18
Piretto Giovanni	37	Pronati Cesare	45	Rocchi Camillo	48	Santoro Giuseppe	21
Pirazzi Alfredo	37	Pronotto Benedetto	30	Rofelia Ego	47	Santoro Mariano	25
Perrino Andrea	23	Sulpizio	46	Rodini Michele	33	Santucci Stefano	22
Pellegrini Trieste Gu-		Puglisi Michelangelo	13	Rolla Francesco	34	Sappa Domenico	36
lio	42			Romano Enrico	25	Satta Giuseppe	42
Pelizzari Coriolano	38			Romano Francesco	17	Satta-Pulello Salva-	
Pelovini Francesco	41			Romano Giuseppe	42	lore	26
Penta Pasquale	47			Romero Francesco	20	Satti Nicola	38
Perassi Giovanni	16			Ronca li Francesco	47	Saviano Raffaele	13
Peraga Vittorio	49			Roncali Cesare	43	Scaldera Giuseppe	14
Perfetti Francesco	43			Ronza Vincenzo	25	Scalose Giorgio	24
Petito Francesco	40			Rotzani Giacomo	44	Serrano Luigi	23
Petroni Felice	37			Rosario Alberto	42	Schirru Guglielmo	47
Pesotta Gustavo	33			Rossi Pietro	47	Schizzi Pietro	19
Perzini Guelano	48			Rossi Alfredo	20	Sculpa Nunzio	45
Perone Giuseppe	47			Rossi Augusto	12	Scandinna Giuseppe	48
Persichetti Carlo	41			Rossi Cesare	20	Sennemi Erasmo	46
Pesadori Egidio	42			Rossi Federico	14	Sembata Giuseppe	41
Petrea Michele	22			Rossi Gennaro	21	Selavo Luigi	19
Petrella Antonio	46			Rossi Giacinto	43	Selvestri Gianlu-	
Petri Raffaele	43			Rossi Tommaso	20	seppo	24
Petrone Andrea	21			Rossi Oreste	45	Serchi Francesco	42
Petti Vincenzo	47			Rostagno Giuseppe	21	Serini Maurizio	33
Pettinari Adriano	45			Rotoli Fran. Cesare	42	Serini Carlo	42
Pettinelli Filomeno	23			Rovero Giuseppe	32	Semplici Ottavio	37
Pezzuolo Pasquale	26			Ruffa Luigi	39	Serini Emanuele	38
Picardi Antonio	44			Rozzani Luigi	24	Serugi Augusto	60
Picchini Luigi	45			Ruzzeri Giuseppe	17	Servi Prospero	46
Picchini Ettore	41			Ruini Camillo	45	Sestivo Giuseppe	47
Piccone Michelangelo	26			Russi Carlo	32	Sforza Claudio	10
Piceni Giulio	14			Russi Enrico	39	Sguazzi Vittorio	20
Piergiovanni Vincenzo	20			Ruta Sebastiano	25	Sibilla Gio. Battista	32
Pignatari Salvatore	46					Siliani Ambrogio	18
Pignatelli Filippo	21					Sigillo Letterio	17
Pirozzi Felice	34					Silivrandi Giovanni	48
Pimpinelli Pietro	48					Silvestri Francesco	42
Pinto Antonio	40					Simoni Giuseppe	21
Piovano Adolfo	44					Sirignano Felice	47
Piracci Luigi	44					Sorombo Natale	42
Pirano Stef. Giovanni	33					Sorra Pietro	43
Pisano Gio. Battista	36					Sorru Antonio	24
Pisoli Raffaele	23					Sola Giuseppe	31
Pitaluxa Enrico	46					Solimine Achille	47
Pizzillo Nicola	47					Sormani Giuseppe	41
Pizzocaro Clemente	21					Sotis Andrea	19
Pizzoccolo Gennaro	23					Spanna Vincenzo	30
Pizzorno Giacomo	43					Squarini Davide	43
Pola Giovanni	25					Staderini Carlo	47
Polistena Domenico	45					Stelano Umberto	24
Pola Lorenzo	31					Stefanoni Ettore	15
Pompeiani Carlo	32					Stella Francesco	44
Ponzi Erasmo	34					Stico Antonio	18

Stilo Pietro	41	Tonello Gio. Battista	45	Valerio Giuseppe	25	Visalli Paolo	23
Storchi Alberto	45	onelli Pietro	24	Valle Angelo	20	Viscardi Giovanni	47
Strano Antonino	46	Tonini Luigi	32	Vallibelli Antonio	43	Vita Gaetano	43
Stringari Francesco	47	Tortora Giovanni	23	Vanazzi Antonio	43	Vita Pietro	42
Sallotti Elio	49	Tosti Domenico	20	Varden Elio	23	Vittadini Camillo	47
Superchi Vincenzo	40	Trausa Alfonso	45	Vasileo Giuseppe	21	V. Lullo Giuseppe	21
Susca Domenico	44	Traversi Leopoldo	18	Vasselli Aristide	42	Vivalda Carlo	46
Susca Vito	44	Trevisan Eugenio	49	Ventura-Buonvicini	Vocaturò Geniale	26	
Suzzi Filippo	34	Trevisani Gaetano	22	Pietro	46	Volino Carmine	41
		Tripputi Giuseppe	38	Venturi Annibale	47	Volpe Giacomo	44
		Troiani Pietro	25	Verde Oreste	33		
		Troiani Edmondo	16	Verdolina Beniamino	23		
		Trovarelli Edoardo	45	Verdura Luigi	21		
		Trovarelli Luigi	24	Verduzzo Vincenzo	42		
		Tucci Filippo	49	Vergani Giovanni	54		
		Tufano Gaetano	42	Verrì Luigi	42	Zaballi Agerardo	47
		Turazza Guido	48	Vertova Agostino	57	Zambelli Pietro	46
		Turco Domenico	38	Vespasiano Domenico	21	Zambini Antonio	43
		Tursini Gio. Francesco	46	Viale Angelo	20	Zanchi Dante	46
				Vianello Antonio	48	Zanzotti Giorgio	46
				Vicentini Matteo	43	Zatti Giorgio	47
				Vicentini Eugenio	44	Zibetti Giuseppe	30
				Vicoli Filippo	40	Zingales Antonino	41
				Violetta Emanuele	20	Zoccola Giuseppe	45
				Vigliani Paterio	42	Zoncada Antonio	21
				Vigorelli Achille	43	Zoncada Francesco	33
				Vijno Luigi	24	Zoppellari Pompeo	44
				Vinci Angelo	33	Zorzi Luigi	32
				Vinci Carlo	42	Zuccarelli Angelo	46
				Vinci Francesco	25	Zuccomani Raul	48
				Virdia Tommaso	30	Zuddas Vincenzo	44
				Virgalita Mario	48	Zunari Giovanni	44
				Virgili Luigi	26	Zurletti Francesco	43

Tallaro Bonifacio	13	Trovarelli Luigi	24				
Tapparoni Cesare	47	Tucci Filippo	49				
Tarocchi Adolfo	47	Tufano Gaetano	42				
Tavazzani Cesare	49	Turazza Guido	48				
Telocchi Francesco	38	Turco Domenico	38				
Tempesta Costanzo	24	Tursini Gio. Francesco	46				
Tempesta Luigi	13						
Tempo Luigi	11						
Terzago Giuseppe	14						
Terzi Marcello	45						
Tesio Giuseppe	24						
Testa Angelo	46	Thaudi Pietro	39				
Testa Pasquale	43	Ughengo Lorenzo	38				
Tesi Francesco	45	Urtoler Giuseppe	47				
Tini Giovanni	47						
Tipaldi Giovanni	44						
Tobia Arturo	26						
Toller Giuseppe	44						
Tomba Giuseppe	49						
Tommasina Mario	46						

T

Tallarico Bonifazio
Tappatini Cesare
Tarocchi Adolfo
Tavazzani Cesare
Telleschi Francesco
Tempesta Costanzo
Tempesta Luigi
Tempo Luigi
Terzago Giuseppe
Terzi Marcello
Tesio Giuseppe
Testa Angelo
Testa Pasquale
Testi Francesco
Tini Giovanni
Tipaldi Giovanni
Tobia Arturo
Toller Giuseppe
Tomba Giuseppe
Tommasina Mario

U

13 Trovarelli Luigi
47 Tucci Filippo
47 Tufano Gaetano
49 Turazza Guido
34 Turco Domenico
24 Tursini Gio. Francesco
13
11
14
45
24
46
13
15
47
44
24
44
49
46

V

46 Ubaudi Pietro
43 Ughengo Lorenzo
15 Urtoler Giuseppe
47
44
44
49
46

Z

16 Verdolina Beniamino
45 Verdura Luigi
24 Verduzzo Vincenzo
49 Vergani Giovanni
42 Verrì Luigi
48 Vertova Agostino
38 Vespasiano Domenico
46 Viale Angelo
Vianello Antonio
Vicentini Matteo
Vicentini Eugenio
Vicoli Filippo
Violetta Emanuele
39 Vigliani Paterio
38 Vigorelli Achille
47 Vijno Luigi
Vinci Angelo
Vinci Carlo
Vinci Francesco
Virdia Tommaso
34 Virgalita Mario
43 Virgili Luigi

12 Zaballi Agerardo
57 Zambelli Pietro
21 Zambini Antonio
20 Zanchi Dante
48 Zanzotti Giorgio
43 Zatti Giorgio
44 Zibetti Giuseppe
40 Zingales Antonino
20 Zoccola Giuseppe
42 Zoncada Antonio
43 Zoncada Francesco
24 Zoppellari Pompeo
33 Zorzi Luigi
42 Zuccarelli Angelo
25 Zuccomani Raul
30 Zuddas Vincenzo
48 Zunari Giovanni
26 Zurletti Francesco



GIORNALE MEDICO

DEL REGIO ESERCITO

Direzione e Amministrazione: presso l'Ispettorato di Sanità Militare
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra)

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO.

Il *Giornale Medico del R.° Esercito* si pubblica l'ultimo giorno di ciascun mese in fascicoli di 7 fogli di stampa.

L'abbonamento è sempre annuo e decorre dal 1.° gennaio.

Il prezzo dell'abbonamento e dei fascicoli separati è il seguente

	Abbonamento annuo	Un fascicolo separato
Regno d'Italia e Colonia Eritrea L.	42 —	1 40
Paesi dell'Unione postale (tariffa A)	45 —	1 30
Id. id. id. (Id. B)	47 —	1 50
Altri paesi	50 —	1 70

L'abbonamento non disdetto prima del 1.° dicembre s'intende rinnovato per l'anno successivo.

I signori abbonati militari in effettività di servizio possono pagare l'importo dell'abbonamento per mezzo dei rispettivi comandanti di corpo (anche a rate mensili).

Agli scrittori militari è dato in massima un compenso in danaro.

Le spese per gli estratti e quelle per le tavole litografiche, fotografiche, ecc., che accompagnassero le memorie, sono a carico degli autori.

Gli estratti costano L. 7 per ogni foglio di stampa (16 pagine, o frazione indivisibile di foglio, e per cento esemplari. Il prezzo è eguale sia che si tratti di 100 esemplari o di un numero minore.

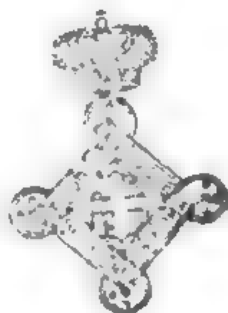
I manoscritti non si restituiscono.

GIORNALE MEDICO

DEL

REGIO ESERCITO

Anno XLVII



N. 7. — 31 Luglio 1899

ROMA

TIPOGRAFIA ENRICO VOGHERA

Gli abbonamenti si ricevono dall'Amministrazione del giornale
Via Ventì Settembre (Palazzo del Ministero della guerra).

11. AGO 99

SOMMARIO

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE FASCICOLO

MEMORIE ORIGINALI.

Bernucci — Sull'influenza della medicazione tiroidea nella cura delle fratture	Pag. 673
Gaggia — intorno ad un caso di poliartrite purulenta acuta da diplococco	» 691
Ganna. — Su di un caso letale di ulcera rotonda dello stomaco	» 699
Perassi. — Inconvenienti tardivi della seta usata nelle suture profonde	» 706

RIVISTA DI GIORNALI ITALIANI ED ESTERI.

RIVISTA MEDICA.

Baroncini — Isterismo maschile. Stati di duplice coscienza	Pag. 709
Verger e Deccaud. — Emorragia meningea a focolato - Epilessia jacksoniana - Emiplegia sinistra con disturbi della sensibilità - Trapanazione - Morte	» 712
Houl. — L'edema pneumococcico e suo valore diagnostico	» 715
Abramovitch. — Intossicazione prodotta dall'ossido di carbonio; fenomeni nervosi	» 715
Mignon. — Studio anatomico-clinico dell'apparecchio respiratorio e dei suoi annessi mediante raggi Röntgen	» 716
Durand. — L'aritmia palpitante nel restringimento della mitrale	» 717
Stern. — Sulle cause d'errore della sierodiagnostica	» 718
Vincent. — L'angina differenziale a bacilli fusiformi	» 719
Arsaud. — Sui casi degli movimenti ausiliari degli emiplegici	» 720
Hausser. — Nuovo processo per la colorazione dei bacilli tubercolari	» 721
Fittipaldi. — Sul mezzo di conservazione dei sedimenti nelle urine	» 722
Aruliani. — Ascasso cerebrale cronico	» 723
Netter. — Dei microbi della meningite cerebro-spinale	» 724
Silvestrini. — Gli spirozoi in patologia	» 724
Baduel. — L'infezione diplococcica	» 725
Laborde. — La epilessia sperimentale e la simpatectomia	» 726
D'Alufo. — Del riso convulsivo come espettorante	» 727
Mori e Salvolini. — Cura del tetano colie iniezioni di sostanza cerebrale emulsionata	» 728

RIVISTA CHIRURGICA.

Ewald. — La chirurgia dello stomaco	Pag. 729
Hammerschlag. — Contributo alla casistica delle affezioni del nervo acustico	» 730
Coudan. — L'uso del cistoscopio nelle lesioni della vescica, dell'uretra e dei reni	» 730
Mannberg. — Contributo alla casistica delle lesioni multiple dell'intestino	» 731
Sherwald. — La determinazione della sede d'un corpo estraneo alla profondità del corpo mediante i raggi Röntgen	» 732
Campbell. — Il proiettile delle piccole armi moderne e le ferite che producono	» 733
Hannecart. — Presentazione di radiografie	» 734
Buck. — La cura del pitorace	» 735
Stocchi. — L'asportazione della sfena magna	» 736
De Holstein. — La frattura del metatarso provocata dal a marcia	» 737
Delangre. — La laparotomia nella peritonite tubercolare	» 739
Sacor. — Otite media suppurata seguita da complicazioni meningee - Morte	» 740
Lucas-Championnière. — Le arnie e la bicicletta	» 741
Landi. — La chirurgia delle vie urinarie all'estero	» 742
Halstead. — Trattamento degli accessi del polmone	» 746

(Per la continuazione dell'indice vedasi la pagina 3^a della copertina)

CLINICA CHIRURGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI ROMA

DIRETTA DAL PROF. F. DURANTE

SULL'INFLUENZA DELLA MEDICAZIONE TIROIDEA

NELLA CURA DELLE FRATTURE

Note sperimentali del dott. **G. Bernucci**, capitano medico
assistente onorario



Gli studi sulla funzionalità del corpo tiroide sono di data relativamente recente, soltanto da 15 o 20 anni, l'attenzione dapprima dei fisiologi e medici, quindi e soprattutto dei chirurghi e terapisti venne portata su quest'organo.

Primi a dare un indirizzo scientifico al complesso problema della sua funzione, furono i due forti atleti della fisiologia sperimentale del secolo, Brown-Séquard e Maurizio Schiff, seguiti da numerosi e valenti sperimentatori.

Oggidi, mentre il mistero non è ancor del tutto svelato, continuano numerose le esperienze, e la bibliografia di tal organo si va ogni giorno più arricchendo di nuovi lavori, e la terapia medica e chirurgica di numerose pratiche applicazioni. Un'ultima autorevole parola sull'argomento pronunciò il De-Cyon di Berna, in un suo dotto lavoro (1) di cui apparve una recensione

(1) E. DE-CYON. — *Les glandules thyroïdes, l'hypophyse et le cœur*, (*Archives de Physiologie de Brown-Séquard*, juillet, 1898).

dello stesso autore negli *Archivi di fisiologia* di Brown-Séquard del luglio 1898. In esso egli conclude con l'ammettere:

1° Che le tiroidi producono una sostanza, l'iodotirina, destinata a facilitare e sostenere il funzionamento fisiologico del sistema nervoso regolatore dell'azione del cuore.

2° Che l'iodotirina è prodotta dall'iodio introdotto per diverse vie nell'organismo trasformato in una combinazione organica.

3° Che le tiroidi trasformando in una combinazione organica l'iodo liberano l'organismo di una sostanza che mentre paralizza l'azione del pneumogastro esagera quella dei nervi costrittori.

4° Che i fatti predominanti, provocati dal disordine nervoso susseguente all'estirpazione delle glandule tiroidi, consistono in una diminuzione della potenza fisiologica dei nervi depressori e pneumo-gastriaci ed in una esagerazione di quella degli acceleratori e vaso-costrittori. Questo fenomeno corrisponderebbe pienamente agli effetti prodotti per intossicazione da iodio.

5° Che le glandule paratiroides o di Gley, dal nome del fisiologo che ebbe accuratamente a studiarle, avrebbero l'ufficio di immagazzinare l'iodio, che successivamente verrebbe trasformato in tiroidina dalle glandule tiroidi propriamente dette. Perciò la conservazione di tali glandule attenuerebbero gli effetti disastrosi prodotti dall'asportazione delle tiroidi.

Sicchè la tiroide avrebbe due funzioni distinte, la prima meccanica, servendo di regolatore all'afflusso del sangue nel cervello, la seconda chimica preparando la tiroidina.

Il concetto fondamentale che oggidì informa l'organo-terapia è quello dell'utilizzazione artificiale delle glandule secernenti e dei loro succhi, ed è basato sulla

nozione fisiologica che tali glandule con le loro secrezioni offrono all'organismo dei poteri antitossici o vivificanti (1). I preparati tiroidei che maggiormente vengono attualmente adoperati nella pratica sono:

1° La glandula fresca di montone.

2° La glandula di montone seccata e polverizzata, preparata in pillole, in tabloidi, in tavolette, contenenti secondo i casi da 10 a 25 centigrammi di glandula disseccata.

3° Gli estratti, detti principii attivi, fra i quali il più sconosciuto è la iodotirina di Baumann, che sembra rappresenti la parte veramente attiva della glandula (2).

Varii sono i pareri e varii i risultati dati dai varii preparati ai diversi sperimentatori.

Così mentre alcuni vantano la glandula fresca, altri dichiarano infallibili le tavolette di glandula seccata e polverizzata (Schuff, *Berliner klin. Wochenschrift* 1897, n. 7), mettendo in dubbio l'efficacia dell'organo fresco, la di cui quantità di iodio essi notano come possa variare per molteplici circostanze, mentre l'Hutkinson con la recente scoperta del suo colloide, che egli asserisce 50 volte più efficace della glandula secca e polverizzata, vorrebbe tutti detronizzare i preparati precedenti. Lo stesso estratto di glandula fresca trattata con gli cerina, iniettato per via ipodermica venne abbandonato causa la forte reazione locale. Secondo i recenti manuali di opoterapia pubblicati dal prof. E. Fazio e dal

(1) E. FAZIO. — *Manuale di opoterapia*, pag. 5, Napoli 1899.

2. Il contenuto di iodio della glandula tiroide della pecora varia molto a seconda del genere di alimentazione, dello stato di salute, dell'età, di un male. Dice il Baumann che se si raggruppano le località ove le tiroide contengono molto iodio, e quelle dove così ne trova poco, si arriva alla curiosa constatazione che nei centri gozzigeni si trova poco iodio (come nella tiroide di Friburgo nel Brisgau, Berlino ecc.), mentre si ne trova molto nei paesi non gozzigeni (Berlino, Amlargau. Così l'abbondanza teorica di iodio non spiega il gozzo all'assenza di iodio nell'acqua, nel suolo, nei vegetali, ne verrebbe una conferma indiretta, senza però ripudiare la teoria in troboica.

dott. E. Rebuschini (1) i preparati tiroidei vennero finora impiegati:

1° Nel mixoedema congenito, infantile, atrofico dell'adulto, operatorio, e nel cretinismo con risultato sempre favorevole.

2° Nell'idiozia, nel ritardo dell'intelligenza, psicosi, epilessia, ecc., con risultati spesso incompleti.

3° In talune malattie del ricambio organico, quali diatesi urica, gotta, lipomatosi, con risultato variabile.

4° Nel gozzo specialmente parenchimatoso con ottimo successo, nel morbo di Basedow con risultati incerti.

5° Nelle dermatosi, ittiosi, scleroderma, pitiriasi rubra, eczema, psoriasi, con risultato spesso favorevole (2).

6° Nel diabete zuccherino, tubercolosi, morbo di Addison, clorosi, rachitismo, miopia progressiva, con risultati molto variabili a seconda degli sperimentatori.

Fra le nuovissime indicazioni di tal mezzo terapeutico, sono da rammentare inoltre le seguenti: *Torci-collo spasmodico* (P. Cotton, *Semaine Medicale*, 1897, n. 36); *Tetano* (Stoppato, *Policlinico*, 1897, n. 8), *Emofilia* (A. Delage, *Presse médicale*, 1897, n. 102); *Malattia di Parkinson complicata da struma e scleroderma* (G. Panegrossi, *Semaine Médicale*, 1897, n. 1), mentre l'Hertoge consigliò e lo Stawell tradusse in pratica il suggerimento di impiegare i preparati tiroidei quali galattogeni (*Therapeutische Wochenschrift*, 1897, n. 32).

(1) E. FAZIO — *Manuale di opoterapia*, Napoli, 1899. — E. REBUSCHINI, — *Manuale di opoterapia*, Milano, Hoepli, 1899.

(2) In quattordici casi di prurigo di Hebra, curati dal Dobrowsky nella clinica pediatrica del prof. Monti in Vienna, la tirodina si sarebbe mostrata efficacissima, con rapida cessazione del prurigo, del nodi e delle eruzioni eczematose, ripresa del sonno, miglioramento dello stato generale. Cessato il trattamento s'ebbe recidiva; ripreso, i sintomi migliorarono.

Con la febbre di ricerche che caratterizza il nostro secolo, dopo sperimentata la tiroidea ed i preparati tiroidei nella varia e molteplice serie di infermità cui sopra ebbi ad accennare, non mancava che provarne l'efficacia nei calli e nelle formazioni ossee in genere.

Primo il Gauthier (di Charolles) nel *Lyon Medical*, n. 26, 28 del 1897 (1), narrava di due casi di pseudoartrosi guariti rapidamente mediante somministrazione di estratto glicerinato di glandula tiroide di montone, estratto ottenuto mediante triturazione della glandula in un mortaio aggiungendovi una quantità di glicerina equivalente a quattro volte il suo peso, lasciando poscia riposare il miscuglio per tre o quattro giorni, quindi filtrandolo e somministrandone al malato da sei a dieci cucchiaini al giorno per una media di venticinque giorni.

Base dalla quale partirono i suoi esperimenti fu il fatto dell'aumento di statura dei fanciulli mixoedematosi sotto l'influenza di una cura tiroidea, e l'osservazione sperimentalmente rilevata nei conigli del mancato accrescimento delle loro ossa dopo estirpate le glandule tiroidi (2).

In seguito nella seduta del 30 novembre 1898 della società di chirurgia di Parigi, (3) il dott. Quenu, comunicò il caso di una malata di 24 anni che riportò, in seguito ad una caduta, la frattura esposta sopracondiloidea del femore. Cinque mesi dopo, la frattura non era consolidata. L'inferma sottoposta alla somministrazione di tiroidina, al termine di cinque giorni poté levarsi e camminare con un apparecchio silicato.

Circa due mesi dopo, tolto l'apparecchio, si constatò l'avvenuta consolidazione. In un altro caso, in un am-

(1) *Médication thyroïdienne dans les fractures avec retard de consolidation.*
Par G. GAUTHIER.

(2) *Lehrbuch der Physiologie* von I. BERNSTEIN. Stuttgart, 1894, pag. 226.

(3) *Semaine Médicale*, decembre 1898, n. 61.

malato curato antecedentemente con la tiroidina per sintomi di mixoedema consecutivi a tiroidectomia per g 220 esoftamico, il Quénu sperimentò nuovamente la cura della tiroidina per facilitare la consolidazione di una frattura bin all'olare. Il callo si formò in condizioni assolutamente normali. Il Reclus nella stessa seduta affermò d'aver pure osservato un fatto analogo in un ammalato affetto da pseudo artrosi da circa sei mesi. Anche in tale caso il risultato favorevole della cura tiroidea fu sorprendente, specialmente per la grande rapidità con cui si ottenne. Però lo stesso conferenziere confessava come in altri due casi la tiroidina si fosse dimostrata del tutto inefficace.

Da ultimo il prof. H. Folet nella *Gazette Hebdomadaire de Médecine et de Chirurgie* del 26 febbraio 1899, narra di un caso di pseudoartrosi lungamente trattato nel suo reparto con gli ordinari metodi di cura e specialmente con la deambulazione metodica, che finalmente egli assoggettò alla cura tiroidiana spintovi dalla lettura della relazione del Quénu. Somministrando all'ammalato in parola tre pastiglie al giorno di tiroidina Flourens, rappresentant. 60 cent. grammi di corpo tiroide fresco e sano unitamente a deambulazione protratta per due ore per giorno, al quattordicesimo giorno di tal regime terapeutico la consolidazione era quasi completa, ed il malato camminando solidamente sulle sue gambe, volle assolutamente uscire dall'ospedale. Però si domanda il Folet. *Qual parte in questo risultato è dovuta alla metodica deambulazione e quale al medicamento?... Mi sembra che la maggiore spetti alla tiroidina. Come rigirò essa?... Ed in quali casi? Io non lo so. Questo è semplicemente un documento da aggiungere a fatti analoghi.*

E con queste parole, sembrami, l'egregio professore abbia messa veramente a posto la questione, questione

interessantissima per tutti i chirurghi in genere, e per i militari in specie, suffragata finora da una casistica troppo limitata e mancanze assolutamente di prove sperimentali (1).

E ad uno studio sperimentale in proposito io mi accinsi, invitato dal illustre direttore di questa clinica chirurgica prof. Durante. Questo studio diretto soprattutto ad indagare le modificazioni biologiche indotte sui calli ossei dal nuovo agente opoterapico ebbe due principali punti di partenza:

1° Il confronto fra i calli ossei di animali cui vennero somministrati preparati tiroidei ed i calli ossei di altri animali cui tali preparati non vennero somministrati.

2° Il confronto fra i calli ossei di animali resi tiroideoprivi cui vennero somministrati preparati tiroidei ed i calli ossei di animali pure tiroideoprivi cui tali preparati non vennero somministrati. Negli animali della prima categoria, tolto il primo callo osseo (durante la cui formazione vennero somministrati preparati tiroidei, si praticò la controprova fratturando un secondo osso, ed ottenendo un secondo callo senza la contemporanea somministrazione di alcun mezzo terapeutico, onde constatare sullo stesso soggetto l'eventuale differenza nella formazione del callo fra il primo costituitosi sotto l'influenza della somministrazione di preparati tiroidei, ed il secondo formatosi senza il concorso dei medesimi.

Gli animali adoperati per gli esperimenti furono dei cani, cui ebbi cura di fratturare soltanto uno dei peroni

(1) Creto che tutta la letteratura chirurgica, riflettente il trattamento delle fratture, si compendia nei pochi casi di mio sopraccitati, non avendone potuto trovare altri che in recentissime pubblicazioni. Soltanto recentemente nel n. 24 della *Gazzetta medica di Torino* del 15 giugno 1909 comparve un lavoro del dott. L. Ferraro il quale narra d'aver curati due casi di pseudartrosi mediante il concorso della *medicazione tiroidea* (tabletti di Bourroughs e Wellcome) e con successo.

onde ottenere un callo osseo regolare mediante il sostegno della tibia corrispondente. Tale frattura venne praticata in tutti mediante scalpello osteotomo previa scrupolosa antisepsi, e la successiva medicazione improntata alle più rigorose regole antisettiche, mai diede luogo a fatti suppurativi. I calli ossei vennero ordinariamente tolti dopo la dieciottesima giornata dalla praticata frattura. Nei cani del secondo gruppo oltre l'estirpazione delle tiroidi ebbi cura di asportare tutte le paratiroidi accessibili all'intervento chirurgico, essendo ben noto come spesso tali organi si riscontrino dietro lo sterno ed attorno all'arco dell'aorta sfuggendo così a qualsiasi atto operativo.

Ai cani del primo gruppo venne giornalmente somministrata glandula tiroide fresca, nella proporzione di 5 centigrammi di glandula per ogni chilogramma di peso; ai cani del secondo gruppo, tabloidi di glandula tiroide essicata e polverizzata, preparati dalla casa Burroughs Welcome di Londra, nella proporzione di 6 centigrammi al giorno per chilogramma di peso di animale (1).

Cani del 1° gruppo cui venne soltanto fratturato il perone sinistro, trattati durante la formazione del callo osseo con preparati tiroidei (glandula fresca di montone). - Furono in numero di tre. Previa narcosi morfo-cloroformica, attraverso piccola breccia cutaneo-muscolare, vien fratturato il perone sinistro mediante scalpello osteotomo. Sutura della piccola ferita cutaneo-muscolare. Medicatura antisettica. Guarigione per prima intenzione. Stato di nutrizione ottimo. Nessuna diminuzione nel peso dei vari animali dal giorno in cui furono operati al giorno in cui venne lor tolto il

(1) I singoli casi di alcuni gruppi vennero compendati in una comune descrizione stante la grande uniformità di anamnesi e di reperto microscopico dei vari calli ossei osservati.

callo osseo. Somministrazione giornaliera di 5 centigr. di tiroide fresca di montone per chilogrammo di peso dell'animale. Il callo osseo vien tolto in diciottesima giornata.

Macroscopicamente i due frammenti presentansi dotati di un certo grado di mobilità; fra gli stessi avvertesi formazione di callo cartilagineo normale presentante tutti i caratteri di un callo osseo in diciottesima giornata di sua formazione. Microscopicamente, previa doppia colorazione, osservasi neoformazione periosteale abbastanza abbondante in corrispondenza del punto di frattura, estendentesi notevolmente fra i due monconi in alto ed in basso.

Nella porzione limitrofa alla linea di frattura, le cellule dei corpuscoli ossei presentansi necrosate, ed il processo di necrosi delle trabecole ossee vicine alla superficie di frattura estendesi su ambedue i monconi per lo spazio di parecchi millimetri. I capi periferici delle trabecole periostali, si connettono ad un tessuto fibroso stipato ma ricco di cellule che accenna alla riproduzione del periostio distrutto, mentre i capi centrali in forma raggiata si appoggiano alla superficie dell'osso e vi aderiscono.

Le cellule cartilaginee fra i due monconi sono disposte in serie ed in colonne. Le anse vasali del periostio dell'osso, si avanzano in linea sinuosa frapponendosi alla serie delle cellule di origine cartilaginea.

Ai vasi si accompagnano gli elementi osteoblastici che vanno mano mano addossandosi al piano ondulato ed alle colonne di cellule cartilaginee. Concludendo, nei tre cani in parola ebbesi ad osservare formazione normale di calli ossei in diciottesima giornata, senza alcun acceleramento nella loro formazione, anzi con qualche accenno a ritardo; tolte leggiere varianti, corrispon-

denti alla descrizione classica data dai trattatisti (1). A questi tre cani venne ulteriormente fratturato l'altro perone, e convenientemente nutriti, non somministrando loro alcun preparato tiroideo, senza che nel frattempo diminuisse per nulla il loro peso, i rispettivi calli ossei che ebbero a formarsi, vennero tolti come i primi in diciottesima giornata. Il risultato degli esami macroscopico e microscopico fu quasi identico a quello osservato nei calli antecedenti, soltanto la formazione osteoperiostea e quella delle cellule cartilaginee fra i due monconi era alquanto più abbondante; donde si può concludere che nell'esperimento in parola praticato in animali affetti da semplice frattura, sotto l'azione della somministrazione di tiroide fresca di montone, in complesso, non avvantagg.ò, ma talora s'ebbe qual che leggero accenno di ritardo nella formazione dei rispettivi calli ossei.

2° GRUPPO. — *Cani resi tiroideprici cui venne con temporaneamente fratturato il perone sinistro.* — Furono pur'essi in numero di tre. Previa narcosi morfocloroformica vennero asportate le tiroidi e paratiroidi.

L'atto operativo procedette sempre regolarmente accompagnato da emorragia insignificante, e la cicatrizzazione si ottenne sempre per prima intenzione. Le fratture del perone praticata con le stesse regole che per i cani del 1° gruppo, ebbero sempre regolare decorso, e le ferite cutaneo-muscolari guarirono per prima intenzione.

Non venne somministrato alcun preparato tiroideo. Nei primi giorni dopo il praticato atto operativo, gli animali si mostrarono vivaci, mangiando con buon appetito, uno anzi con vera voracità, e ciò fino al 6° giorno

(1) F. DEHANTE. — *Patologia e terapia chirurgica generale e speciale*, Vol II, pag. 34 e seguenti.

circa, poscia manifestossi in tutti e tre, difficoltà nella prensione degli alimenti e nella masticazione, accompagnata da rapido dimagrimento, sicchè il peso dei vari animali preso prima dell'operazione e dopo il 18° giorno risultò il seguente:

cmi	prima dell'operazione	dopo il 18° giorno
1°	K. 7,500	K. 6,200
2°	» 6,000	» 4,500
3°	» 15,000	» 12,300

I movimenti mano mano divennero più lenti ed in coordinati e l'aspetto dell'animale sonnolento. Presentarono progressiva debolezza, associata da prima a movimenti fibrillari, poscia a crampi tetanici. In un caso, il connettivo sottocutaneo delle guance e delle palpebre presentossi notevolmente gonfio ed edematoso. Tratto tratto gli animali venivano colti da gravissimi accessi dispnoici con crampi dei muscoli addominali, talora rigidità degli arti con accessi convulsivi ora tonici ora clonici, il polso frequente, orecchie e mucose visibili arrossate. Quantunque ben riparati sembrava soffrissero di un senso di freddo persistente. Sicchè il quadro fenomenico presentato dai nostri animali di esperimento corrispose in tutto e per tutto a quello osservato in simili casi da numerosi sperimentatori, quadro che si riassume nella diagnosi: *Muroedema postoperatorio consecutivo ad asportazione delle glandule tiroidi e paratiroidi* (1). I calli asportati presentaronsi all'esame macroscopico notevolmente mobili, ed all'esame mi- ro-

(1) Gli animali di questa categoria sui quali ebbi da esercitare i miei esperimenti furono ben più numerosi dei tre presi in esame. - Fra la 10ª e 12ª giornata dalla praticata asportazione delle tiroidi ebbi a perdere 3 animali e 1 dalla 12ª al 13ª. Probabilmente anche i tre presi in esame, se non fossero stati sacrificati in 18ª giornata, non avrebbero superato i mesi di vita postoperatoria (Schiff, Albertoni, Tizzoni, Vassale ecc.).

scopico s'ebbero i seguenti risultati che credo opportuno per maggior evidenza di rendere per disteso:

1° *Osservazione microscopica.* — Il fatto che maggiormente s'impone è l'esistenza fra i due monconi di uno spazio nel quale si riscontra la esistenza di scarsa quantità di sangue coagulato che riveste la superficie dei monconi.

La neoformazione periosteale è abbondante soprattutto nel punto di frattura, e spinge robusti gettoni connettivali fin dentro a questo coagulo, in mezzo al quale esiste uno spazio perfettamente vuoto. Pure in corrispondenza della stessa linea di frattura osservansi i corpuscoli ossei completamente scolorati e talora si ha l'immagine della cavità nella quale era originariamente racchiusa la cellula ossea, mentre la necrosi del tessuto osseo in vicinanza della linea di frattura presentasi in un'estensione un po' più ampia che per la formazione di un callo normale. Numerosi sono gli osteoclasti cui fanno seguito elementi connettivali provenienti dai più prossimi canali di Havers, e questi si mostrano più ampii che non sieno normalmente e percorsi insieme con i vasi da un tessuto di giovane connettivo.

Conclusione. — Leggiero ritardo nella formazione del callo osseo.

2° *Osservazione microscopica* — In corrispondenza del punto di frattura osservasi limitato callo cartilagineo. La neoformazione osteoperiosteale si estende in alto ed in basso sui due monconi per qualche millimetro. Gettoni connettivali rivestono la superficie dei monconi, soltanto nella stessa notasi un tratto corrispondente alla porzione midollare ove non scorgesi traccia alcuna di neoformazione connettivale, ma bensì coaguli limitati senza alcun indizio di organizzazione.

Il tessuto osseo necrosato in vicinanza della linea di frattura presentasi, anche in tal caso, alquanto più esteso

che nel normale, mentre in questi tratti di osso in cui la cellula ossea è necrotica, si osservano numerose le cune di Howship nelle quali si annidano osteoclasti.

Conclusione. — Leggero ritardo nella formazione del callo osseo.

3° *Osservazione microscopica.* — Fra i due monconi di frattura, scarsa quantità di sangue di coagulato. Abbastanza abbondante la neoformazione osteo-periosteale soprattutto in vicinanza del punto di frattura, estendendosi in alto ed in basso fra i due monconi per un tratto di circa mezzo centimetro. Robusti ed abbondanti gettoni connettivali estendendosi entro il coagulo sanguigno sunnominato.

Il tessuto osseo necrotico presentasi esteso circa due millimetri in corrispondenza della linea di frattura, senza quasi traccia di corpuscoli ossei. Le lamelle ossee invece son scavate da numerose lacune nelle quali si avanzano propagini vascolari, mentre non mancano numerosi osteoclasti contenuti nelle lacune di Howship.

Conclusione. — Ritardo piuttosto notevole nella formazione del callo osseo.

Sicchè nei tre animali che senza dubbio rappresentavano i più robusti fra i dieci dell'esperimento, sopravvissuti per naturale selezione, s'ebbe costantemente formazione di calli ossei presentanti carattere più o meno notevole di ritardata formazione.

Questo fatto è certamente da attribuirsi almeno per la massima parte, alla tiroidectomia, cui vennero sottoposti gli animali, ed al mixoedema postoperatorio che ne fu la conseguenza. Come ebbi già ad accennare è provato lo strettissimo rapporto di tale infermità con la funzionalità del corpo tiroide, che mentre, in condizioni normali elabora e segrega principi capaci di dare impulso agli atti nutritivi ed a neutralizzare dei

principii tossici sviluppati nel corpo, in caso di abolizione o di alterazione della tiroide, codesti principii mancando od essendo insufficienti od alterati, lasciano l'organismo in preda a gravi perturbamenti e ad intossicazione. Tali principii attivi, che come già dissi antecedentemente furono isolati, risulta scientificamente provato come in taluni casi sieno riusciti ad impedire il manifestarsi della cachessia strumipriva postoperatoria. Nel caso nostro attribuendo a quest'ultima condizione morbosa la ritardata formazione dei calli ossei, ritenni che un'opportuna somministrazione di preparati tiroidei ad animali resi tireoprivi avrebbe avuto per conseguenza oltre alla non comparsa del mixoedema anche una normale formazione del callo osseo. Che se poi si fosse riscontrato un'acceleramento nel processo di formazione, i risultati clinici ottenuti dai Gauthier, Quénu e Folet avrebbero avuta anche una brillante conferma sperimentale. A tal uopo ad un altro gruppo di tre cani operati di asportazione delle tiroide e paratiroidi con frattura contemporanea di un perone, somministrati giornalmente 6 centigradi di glandula tiroide secca e polverizzata per chilogramma di peso dell'animale. Operati con lo stesso sistema dei precedenti e con le stesse regole antisettiche, le ferite cutaneo-muscolari guarirono per prima intenzione. Gli animali fino al 5° e 6° giorno dall'atto operativo, non presentarono segno alcuno di malessere, dopo questa epoca, ad onta della cura tiroidea, cominciarono a manifestare mancanza di appetito, svogliatezza, sonnolenza, talvolta qualche tremore fibrillare. Alimentati prevalentemente con zuppo di latte e di brodo, continuando nella somministrazione di preparati tiroidei, poco per volta cominciarono a rimettersi, talchè al 14° giorno mangiavano con l'ordinario appetito e presentavano la solita vivacità. Erano però tutti diminuiti

alquanto di peso, non però nella proporzione del gruppo precedente cui non era stato somministrato alcun preparato tiroideo, come risulta dallo specchio seguente:

cani	prima dell'operazione	dopo il 14° giorno
1°	kg. 6,600	6,350
2°	» 4,800	4,500
3°	» 5,300	5,150

Compiuta la diciottesima giornata, gli animali vennero sacrificati, ed i relativi calli ossei presentarono reperti macro e microscopici molto rassomiglianti a quelli riscontrati nei cani del gruppo precedente. Vale a dire un certo grado di ritardo nella formazione del callo fibrocartilagineo. Questi fatti in apparenza, contraddittori credo possano essere benissimo spiegati quando si consideri il genere di malattia esauriente che è la cachessia strumipriva in genere e postoperatoria in specie. Perciò anche senza ammettere una azione specifica della cachessia sulla formazione dei calli ossei, risulta che i preparati tiroidei in genere non possono compensare la mancanza d'azione della glandula tiroide normale. A ciò si aggiungono i risultati pratici e sperimentali ottenuti da medici e fisiologi con l'azione di preparati tiroidei dell'organismo.

Nei malati di obesità che in grandissimo numero si assoggettarono alla cura tiroidiana, salvo poche eccezioni, venne constatato sempre un'aumento più o meno grande di azoto nei materiali di rifiuto. Tale stato significa aumentata distruzione di albumina organica, ciò che in parte contribuisce alla diminuzione di peso con la scomparsa di tessuto muscolare (1). Pure in molti simili casi, durante il periodo tiroideo, si con-

(1) HOFER ANDREAS-BERGMANN. — *Skandinavisches Archiv für Physiologie*. Vol. VIII, ottobre 1898

statò aumentata la diuresi, donde diminuzione del peso (1) anche per contemporanea perdita d'acqua. Aggiungasi che il Senator nelle sue ricerche ha fisiologicamente dimostrato il fatto, nel caso nostro interessantissimo, che per l'introduzione nell'organismo di sostanza ovarica, *come pure di glandula tiroide o di glandula pituitaria* aumenta la secrezione della calce e dell'acido fosforico (2).

Con l'aumentata eliminazione d'azoto, di calce e di acido fosforico sonvi tutti i coefficienti per spiegare il ritardo nella formazione dei calli ossei verificatosi costantemente in maggiore o minor grado negli animali che furono da me sperimentati, prescindendo dall'azione esauriente della cachessia strumipriva. I casi clinici finora osservati con esito straordinario da Gauthier, Quénù e Folet, si riducono a sei in tutto; ora mentre praticavo questo mio studio sperimentale, contemporaneamente all'ospedale della Consolazione in Roma, il prof Marino Zuco, chirurgo primario nello stesso, sperimentava clinicamente l'efficacia della glandula tiroide fresca, della tiroidina e della glandula secca e polverizzata sopra ben dodici casi tipici di fratture e di pseudo-artrosi, sempre senza nessun risultato, spesso con peggioramento delle condizioni locali e generali

(1) Numerosi autori, specialmente negli ultimi tempi ebbero a constatare i dinostri risultati nella cura tiroidea fatta a cascero specialmente per dimagrire LEWIS, *Azioni secondarie dei medicamenti tiroidei*, Berlino, 1899) cita 12 casi di morte, l'ESCHENBACH, spiritosamente così si esprime la proposta: « Dopo che il Lorenstern rese noti i favorevoli risultati ottenuti sotto speciali circostanze nell'obesità con la somministrazione di preparati tiroidei, nel più alto specialmente femminile scopo, formidabile uno sport di dimagrimento, esercitato rapito di sovente senza controllo medico nel modo più arbitrario e dannoso detronizzata la cura di Serwening, sorsero la diva tavoletta di tiroidina inglese o germanica, impiegata nel modo più azzardato dalle belle Gunon concorrenti al novello genere di sport, ecc. »

(2) Il SENATOR. — *Berliner klinische Wochenschrift*, 1897

degli infermi che migliorarono appena cessata la cura tiroidea (1).

Con ragione dice il Landau (2): *Noi non abbisogniamo delle relazioni di un singolo entusiasta, ma bensì di numerose serie di esperimenti di osservatori seri, prima di poter considerare certe applicazioni opoterapiche quale un progresso della nostra scienza.*

Sicchè sperimentalmente la mia modesta prova ebbe un risultato completamente negativo, e ricapitolando le passate osservazioni, risulterebbe:

1° Che negli animali da esperimento non tirodectomizzati, i preparati tiroidei non mostrarono alcuna influenza acceleratrice sulla formazione dei calli ossei, ma bensì provocarono qualche accenno di leggero ritardo;

2° Che negli animali da esperimento tirodectomizzati si osservò nella formazione dei calli ossei un certo grado di costante ritardo tanto negli animali sottoposti a medicazione tiroidea come in quelli che non ne usufruirono;

3° Che la medicazione tiroidea negli animali resi tireoprivi, valse soltanto ad arrestare la cachessia strumipriva (confermando quanto da lungo tempo era risultato ad altri numerosi sperimentatori quali Schiff, Albertoni e Tizzoni, Fano e Zenda, Vassale, De Cyon, Christiani, ecc.).

Io credo che dei preparati tiroidei, veramente efficaci in talune affezioni, si volle spesso farne, a scopo di *réclame* o di lucro, una specie di panacea universale

Con la terapia degli organi un vasto campo si è certamente aperto alla farmacologia, ma non possiamo negare come questo sia irto di innumerevoli difficoltà.

(1) Autorizzato dallo stesso professore, pubblico in anticipazione il risultato delle sue esperienze cliniche in proposito, avendo egli intenzione di renderne presto di pubblica ragione il risultato negativo.

(2) LANDAU, *Ueber Organotherapie* Aertztlicher Verein, Nurnberg, 1897.

Se in alcuni casi tale medicazione resta un fatto assodato, pure molto spesso sa ancora di empirismo, mentre con tanto lusso di ricerche è quasi del tutto negletto il campo delle modificazioni biologiche indotte nell'organismo sano o malato dall'azione dei nuovi agenti opoterapici.

Al *Mulla renovantur quae jam cecidere* scritto sulla bandiera di ferventi opoterapisti, si possono giustamente opporre le sagge parole pronunciate dall'illustre Baccelli al IX congresso di medicina: *Il vaglio della critica riduce di molto anno per anno, decade per decade, ciò che prima si credeva utile e nuovo.*

Roma, luglio 1899.

INTORNO AD UN CASO DI POLIARTRITE PURULENTA ACUTA DA DIPLOCOCCO

Per il dott. **Mario Gaggia**, tenente medico nel 7° regg. alpini

È noto che il diplococco di Fraenkel-Talamon può dar luogo a manifestazioni morbose non soltanto limitate al polmone con sintomi e lesioni ben definiti, bensì anche ad affezioni negli altri organi. Queste affezioni, se talvolta possono manifestarsi senza la polmonite, pure la maggior parte delle volte la precedono, l'accompagnano o la seguono. Fra le tante affezioni che possono seguire o complicare un processo infiammatorio pneumonico, merita speciale attenzione per la sua rarità e conseguenze l'artrite purulenta acuta: non già però quella dovuta a streptococchi o stafilococchi, che si associano talora al pneumococco, promovendo la trasformazione purulenta della polmonite o le infezioni piemiche consecutive a questa, bensì invece quella dovuta al solo diplococco di Fraenkel.

Qualche memoria infatti venne pubblicata circa casi di monoartrite metapneumonica purulenta da diplococco, citerò per esempio i due casi di Bellanti e Monti pubblicati nel 1889, nei quali la suppurazione articolare venne al piede nell'uno, alla mano nell'altro; quello del dottor Marcantonio di Napoli, pubblicato nella *Riforma* del 1896, in cui la suppurazione della spalla destra si manifestò dieci giorni dopo l'inizio della pol-

monite, quando questa aveva di già superata la crisi, infine un altro caso pubblicato nella *Semaine médicale* del 6 aprile scorso dai dottori Galliard e Morely, in cui la suppurazione si presentò al polso nell'ottavo giorno di malattia (1).

Se rari sono i casi di monoartrite purulenta metapneumonica da diplococco, rarissimi invece sono quelli di poliartrite purulenta metapneumonica rapidamente mortali, di modo che ritengo non priva di un certo interesse l'esposizione di un caso, che io devo alla cortesia del dottor Maresio Giuseppe, sottotenente medico di complemento, ora direttore della sala medica nell'ospedale civile di Conegliano, e che ho potuto seguire e studiare col distinto collega.

Buoso Mese, contadino, è un soldato della 13^a batteria d'artiglieria da montagna, della classe 1877, da pochi giorni giunto al reggimento.

È solo, orfano di ambedue i genitori, morti ancora quando era bambino, di malattia che il paziente non sa precisare. Di complessione robustissima, la sua storia anamnestica non presenta particolarità interessanti, se si eccettui qualche accesso febbrile a brivido, sofferto per il passato, accesso che, per un leggero ingrandimento di milza, si può con probabilità ritenere di origine malarica.

Nella notte del 28 marzo il Buoso, dopo aver atteso tutto il giorno all'istruzione senza risentire alcun malessere, viene colpito da un violento accesso febbrile, irruente a intenso brivido. Ricoverato al mattino all'infermeria del corpo, la sera del 29 marzo, non desistendo la febbre, viene trasportato all'ospedale civile di Conegliano.

(1) Vedi anche l'interessante nota del capitano medico dott. PERASSI: *Pneumonoartrite suppurativa da infezione piogenetica mista*, ecc. inserita nel 6 del corrente anno di questo giornale. (N. d. R.).

Appena entrato, l'alta temperatura (40.2 , accompagnata a brividi e a profuso sudore, richiama subito la nostra attenzione.

Non accusa nessun dolore, presenta solo qualche colpo di tosse, seguito da sputo scarsissimo, leggermente rugginoso e viscido.

All'esame i fatti più importanti si rilevano nel torace: la forma ne è regolare, il respiro perfettamente simmetrico, e a tipo prevalentemente addominale, gli atti respiratori frequenti e brevi, dispnea notevole.

Alla percussione il reperto polmonare è normale a sinistra, a destra invece si nota maggiore altezza di suono in corrispondenza della fossa sottospinosa. Quivi pure l'ascoltazione, fa rilevare una respirazione leggermente soffiante, non però il soffio classico della polmonite. Il fremito orale e tattile è aumentato.

Cuore: La punta batte con *ictus* vibrato al quinto spazio intercostale, un po' a sinistra della linea mammillare Base 9 $\frac{1}{2}$, Ventr. D.° 10 $\frac{1}{2}$, V. S. 11 $\frac{1}{2}$. All'ascoltazione i toni si percepiscono netti e validi.

Polso duro, frequente.

L'esame dell'addome fa notare un aumento dell'area splenica ed un leggero timpanismo. Le orine sono scarse, sedimentose, prive d'albumina.

Tale è lo stato presente del paziente la sera del 29 marzo.

Dal modo improvviso d'insorgere della febbre a brivido, dal pochissimo sputo alquanto rugginoso, dai fenomeni di percussione e ascoltazione, quantunque non schiettamente tipici, vien fatta diagnosi di focolaio centrale di polmonite al lobo superiore destro.

Il giorno seguente nulla di cambiato, il termometro segna 40° al mattino, si ha un altro sputo viscido striato di sangue, persistono al polmone gli stessi fatti. Nessun dolore puntorio. Alla sera verso le ore 15 la febbre a

brivido è a $40^{\circ}.6$, il paziente comincia a lamentarsi di dolori vaghi lungo la colonna vertebrale. Nel timore che l'infezione polmonare abbia risvegliato l'infezione malarica si somministra un preparato di chinino.

Giorno 31 marzo. — La temperatura discende improvvisamente a 37° alle ore 5 antimeridiane, cessa lo stato rugginoso dello sputo, che appare invece gialliccio e alquanto più abbondante. La percussione non fa rilevare alcuna differenza e all'ascoltazione si percepiscono numerosi rantoli di ritorno a medie bolle. Si sono resi più vivi invece i dolori lungo la colonna vertebrale, che il paziente mantiene rigida e che si nota dolente alla palpazione, specie nei luoghi d'unione delle vertebre; dolori vaghi indeterminati vengono accusati pure lungo gli arti inferiori. I movimenti del capo riescono liberi e indolenti. Alla sera la febbre, rimessa al mattino, insorge di nuovo con intenso brivido; e alle ore 20 il termometro segna 40° .

1° aprile. — Dopo una notte insonne ed agitata dal delirio, la temperatura scende a 38° alle 6 ant., l'esame polmonare fa sentire numerosi rantoli a medie bolle a destra, lo sputo appare muco-purulento e alquanto abbondante. Persistono i dolori alla colonna vertebrale, e quelli accusati il giorno prima assai vagamente agli arti inferiori vengono oggi localizzati alle articolazioni del ginocchio e piede sinistro, le quali si presentano alquanto tumefatte. Temperatura serotina $39^{\circ}.8$.

Nei quattro giorni seguenti la febbre si mantenne sempre in media a $39^{\circ}.5$ al mattino e $40^{\circ}.5$ alla sera, ribelle sempre a qualsiasi antipiretico. Solo col bagno rinfreddato si riduceva, ma cessata l'azione dell'acqua, si rialzava assai rapidamente fino a 40° e più.

I dolori alla colonna vertebrale andarono diminuendo, aumentarono invece di violenza alle articolazioni suddette e si diffusero in pochissimo tempo alle articula-

zioni del ginocchio e piede destro, al polso destro, al gomito sinistro nonché all'articolazione sterno-clavicolare destra. Tutte queste si presentavano assai tumefatte. Le condizioni generali del paziente in questi quattro giorni peggiorarono assai.

In preda quasi sempre al delirio, presentava una piaga larga di decubito al sacro, esistevano pure fenomeni di stasi nell'ambito di ambedue i polmoni; toni del cuore piuttosto cupi, sudori profusi, le urine scarse, torbide per abbondante quantità di urati, leggermente albuminose. L'esame microscopico del sedimento faceva vedere qualche cellula renale. Frequenti scariche diarroidiche.

Giorno 6 aprile. Lo stato generale dell'infermo è gravissimo. Temperatura 40°, aspetto abbattuto, viso affilato, sguardo fisso, tinta subitterica della cute e delle sclere, lingua arida, pupille tarde, tremolii generali, ventre avvallato.

Il paziente talora è delirante, talora assopito; ha perdita involontaria delle urine e delle feci. Sul dorso della mano, vicino al polso destro si nota una tumefazione fluttuante, che, aperta, dà luogo a pus giallastro abbondante proveniente dall'articolazione del polso. Una puntura esplorativa fatta al ginocchio dinota pure la presenza del pus; vien fatta l'artrotomia dal distinto chirurgo di Conegliano dottor Zamboni.

Fuoriesce circa mezzo litro di pus giallo cremoso, misto a sinovia, pus, che già si era infiltrato attraverso la capsula articolare lungo le aponeurosi dei muscoli del lato interno della gamba. Al gomito pure si nota un ascesso in corrispondenza dell'olecrano, che viene inciso.

Una puntura esplorativa all'articolazione del piede destro riesce negativa.

L'articolazione sterno-clavicolare appare subflut-

tuante. Temperatura alle ore 18:41°, polso 130, respiro 40. Morte alle ore 2 antimeridiane del giorno 7.

Reperito anatomico. — Il cadavere presenta ampie macchie ipostatiche ed una estesa piaga da decubito.

Cervello. — Meningi assai congeste, così pure la sostanza corticale; discreta quantità di liquido nei ventricoli cerebrali.

Torace — Scarsa quantità di liquido nel cavo pericardico. Il cuore presenta le sue cavità ripiene di sangue fluido nerastro; esso non offre alterazioni né agli orifici né alle valvole, il miocardio è flaccido, in preda a degenerazione torbido-grassa.

Nessuna presenza di liquido nella cavità toracica, i polmoni, liberi da aderenze sono congesti, edematosi. Nella parte centrale del lobo superiore del polmone destro si nota un'area più congesta delle parti circostanti, più dura e più resistente al taglio. I bronchi, iperemici, contengono notevole quantità di catarro.

Addome. — Milza aumentata con capsula tesa e polpa scura, abbondante, fluente.

Fegato in degenerazione grassa. I reni, dalla capsula facilmente staccabile, presentano fatti di nefrite parenchimatosi acuta. Nulla di notevole nell'intestino.

Aperte tutte le articolazioni tumefatte, venne riscontrata in esse abbondante quantità di pus, specialmente in quelle del ginocchio, piede e polso destro, del gomito sinistro e in quella sterno-clavicolare. In tutte la sinoviale era ispessita, torbida, emorragica ed in qualche la cavità ascessuale s'era diffusa ai muscoli circostanti, distruggendo in parte la capsula.

Gia fin dal giorno 6 aprile, dopo la spaccatura degli ascessi, avevamo potuto orientarci sulla natura della infezione, poichè nei diversi preparati fatti si trovarono numerosi diplococchi capsulati, per lo più a coppia, e qualcuno, rari però, in catenelle di cinque e sei. Fatta

la coltura in piastre e trasportate le colonie nate nelle gelatine nell'agar per infissione, si svilupparono le colonie tipiche del pneumococco di Fraenkel-Talamon, la cui presenza venne nuovamente confermata dall'esame microscopico.

Dalla storia clinica dell'ammalato, dal decorso della malattia e anche dal reperto necroscopico, con tutta probabilità si deve ammettere che la porta d'entrata di questa infezione diplococcica sia stato il polmone.

Non fu davvero un decorso classico di una polmonite franca questa presentata dal nostro ammalato; però un focolaio di polmonite centrale, per quanto poco esteso esisteva: lo si doveva desumere e dall'insorgenza improvvisa e a brivido della febbre e dai fatti plessici, se anche non perfettamente tipici e più che tutto dallo sputo leggermente rugginoso e viscido, sebbene in scarsa quantità, infine dal reperto necroscopico, di avere trovato cioè al lobo superiore del polmone destro un'area limitata, più congesta e dura delle parti circostanti.

Inoltre, se noi diamo uno sguardo alla febbre, noi vediamo che questa rimette improvvisamente per crisi (37°) al terzo giorno di malattia, mentre diminuiscono quei fatti polmonari che si rilevavano all'esame i giorni precedenti, modifica lo sputo. È vero tuttavia che alla sera la febbre ricomparve alta e con brivido, ma questa non poteva ritenersi forse quale espressione dell'infezione pneumococcica intraarticolare, che allora insorgeva, consecutiva, come in generale quasi sempre accade, alla crisi del processo pneumonico?

Il focolaio pneumonico però non era tanto esteso; ce lo dimostravano infatti l'esame fisico e più che altro la scarsa quantità di escreato, ed anche se si vuole, la rapida risoluzione del processo pneumonico, e ce lo confermò maggiormente l'autopsia: ora se la poca esten-

sione d'un processo infiammatorio è in ragione diretta della minor gravità di questo, noi dobbiamo riconoscere che l'artrite metapneumonica da diplococco non può essere solo una manifestazione di polmoniti gravi ed estese, come vorrebbero alcuni autori, bensì può anche verificarsi come nel nostro caso in polmoniti a focolaio ridotto e di pronta risoluzione.

I dolori articolari nelle polmoniti, quando compaiono, sono raramente generalizzati ad un gran numero d'articolazioni; in tal caso per solito, dopo pochi giorni di dolore, questo rimette e la guarigione è rapida: nel nostro caso invece è importante il fatto che si ebbe suppurazione di diverse articolazioni, furono esenti però quelle della spalla, che sarebbero invece predilette in modo particolare dal pneumococco, come affermano Charcot e Bouchard nel loro trattato di medicina.

Il caso descritto mi sembra pure interessante perchè dimostra la rapida diffusione dell'infezione diplococcica nelle cavità articolari, nonché la forte virulenza dell'infezione, che in soli nove giorni trasse a morte un soldato di una complessione eccezionalmente robusta.

SU DI UN CASO LETALE DI ULCERA ROTONDA DELLO STOMACO

Per il dottor **Attilio Ganna**, tenente medico

— — —

Non faccio uno studio clinico, ma semplicemente comunico la storia di un caso, che ha destato un certo interesse per le circostanze in cui si svolse.

La mattina del 26 dicembre scorso, alle ore 9, veniva accompagnato nel reparto medicina l'appuntato di finanza, Valeri Angelo, in preda a violentissimi dolori addominali.

A quanto riferiva, ad eccezione di una bronchite sofferta nell'anno precedente, non era mai stato ammalato.

Il giorno prima, nelle ore pomeridiane, dopo un copioso pasto a base prevalentemente di legumi, aveva sentito repentinamente fortissimi dolori addominali, che erano durati tutta la notte e che duravano ancora.

All'esame si riscontrava enorme meteorismo del ventre, che alla percussione dava suono fortemente timpanico: la gonfiezza era uniforme, il diaframma spinto in alto, la respirazione accelerata e superficiale. I dolori si esacerbavano al minimo contatto delle pareti addominali e l'ammalato prendeva gli atteggiamenti più strani in cerca di sollievo. Il suono timpanico, quasi metallico, prodotto colla percussione, era uguale in tutte le porzioni dell'addome, le aree di ottusità del fegato e della milza erano scomparse. Dalla comparsa dei dolori l'alvo era rimasto ostinatamente

chiuso sì per le feci che per i gas: durava invece incessante vomito di materie verdastre.

A tutto ciò aggiungasi polso frequentissimo e filiforme, estremità fredde, temperatura al di sotto della normale, occhiaie incavate, naso affilato, faccia ipocratica, e noi avremo il quadro nosologico classico di una peritonite.

Ma possiamo già dir di più: la gonfiezza uniforme, l'altissimo timpanismo e, più che altro, la scomparsa delle aree di ottusità normali ai due ipocondri depongono per una timpanite peritoneale, la quale solo può esser data (quando non vi sia ferita) da una soluzione di continuo nel tubo digestivo. Ci troviamo dunque di fronte ad una peritonite da perforazione, la quale in meno di 24 ore ha già fatta molta strada, tanto che l'ammalato è in fin di vita. Date tali condizioni, ad intervento operativo non è neppure il caso di pensare; per cui a noi basta la diagnosi di peritonite acuta diffusa e si pratica la cura sintomatica tassativamente indicata in simili casi. Ma i rimedi somministrati hanno poco effetto, i dolori persistono al più alto grado, continuano gli sforzi di vomito, man mano però meno intensi, perché all'ammalato mancano le forze, ed alle ore 15, sei ore dopo la sua entrata nel reparto, muore.

Abbiamo detto che facilmente in noi si era fatta la convinzione trattarsi di una peritonite da perforazione; ma che cosa si era perforato? Era lo stomaco od era l'intestino, ed in qual posizione e per qual processo morboso?

L'anamnesi era muta al riguardo e l'esame dei vari sintomi non rischiara punto la questione.

Poteva trattarsi di un'appendicite, di un'occlusione intestinale, d'un'ulcera del duodeno, di un'ulcera perforante dello stomaco. Ma l'appendicite ben difficil-

mente dà luogo a fenomeni così imponenti senza alcun prodromo, e l'esplorazione rettale e quella dei fori erniarii soliti dava risultato negativo.

Se l'esser avvenuta la lesione quasi immediatamente dopo il pasto poteva far pensare allo stomaco, la persistenza del vomito fino all'ultimo tendeva ad allontanarci da questa ipotesi.

La diagnosi di sede non era facile e non poteva chiedersi che al tavolo anatomico.

Praticata l'autopsia 27 ore circa dopo il decesso, si trova il cavo peritoneale rigurgitante di materie fecali ed avanzi alimentari (fave).

Nella parete antero-superiore dello stomaco tre ulcere di forma oblunga, coi margini tagliati a picco, hanno usurato la mucosa e la muscolare.

Una quarta ulcera ha perforato la parete completamente, e dal foro, delle dimensioni di una moneta da un soldo, si è riversato in gran copia il contenuto gastrico ed intestinale nel cavo peritoneale. La mucosa dello stomaco è pallida e colle pieghe spianate, il peritoneo è soltanto iperemico, ma non esiste essudato nella cavità.

Sia per i caratteri anatomici, sia per l'assenza di ogni sintomo di tubercolosi o sifilide, la lesione incontrata era un'ulcera semplice, un'ulcera trofica, comunemente detta ulcera rotonda, che era stata causa unica e rapidissima della morte.

Ed è degno di nota il fatto che l'individuo, fino al giorno precedente il decesso, aveva regolarmente atteso al suo servizio, e che mai, a suo dire, aveva avuto da lamentare disturbi che potessero attribuirsi allo stomaco. E così, incosciente l'individuo, il processo morboso aveva avuto campo di distruggere man mano le tre tuniche dello stomaco, l'ultima delle quali, la sierosa, si era facilmente lacerata, in seguito all'insulto

meccanico dipendente da una replezione, forse non eccessiva, del ventricolo. Nessuno dei sintomi cardinali (dolore, vomito, emorragia), che hanno tanto valore nella diagnosi di ulcera gastrica veniva accennato dall'ammalato. È vero che questi si presentava in condizioni tali da non poter pretendere da lui un resoconto molto esatto dei suoi precedenti morbosì, ma egli ha potuto dire che ha sofferto in precedenza di bronchite, epperò poteva ben accusare le sofferenze gastriche se realmente in passato gli avessero dato noia.

D'altra parte l'aver egli atteso alle sue incombenze fino alla vigilia della catastrofe dimostra, che, se pure qualcuno dei sintomi è comparso, non ha mai avuto tanta intensità da richiamare la sua attenzione.

Un caso simile, se non è eccezionale, non è neppure molto frequente: il dolore poco o tanto non manca mai. Solo che, se non è molto intenso, i pazienti non gli danno importanza; né ciò è strano poichè i medici stessi se ne occupano molto relativamente quando non è accompagnato da altri fenomeni, spinti a ciò dalla molteplicità dei casi in cui si manifesta gastralgia senza conseguenze.

Un altro fatto desta meraviglia: come un processo distruttivo giunga con un lento lavoro a distruggere vari strati forati di vasi sanguigni più o meno grossi senza che si produca mai un'emorragia. Ma anche qui trattasi probabilmente di difetto di osservazione, poichè se è certo che molte volte un'ulcera gastrica fino alla fine decorre senza vomito e quindi senza ematemesi, pure quasi mai debbono mancare tracce di sangue nelle feci. Ma sono pochi i pazienti ed i medici che nei casi di vaghi disturbi digestivi volgano l'attenzione alle feci e siano colpiti dal colore più o meno bruno di queste.

Perciò di fronte ai casi in cui, per la presenza dei sintomi classici, la diagnosi di ulcera dello stomaco

è semplicissima, altri ce ne sono in cui si fa solo dopo la morte.

È ovvio che quando, come nel caso nostro, il medico non è mai consultato, non è possibile far diagnosi di sorta, ma il fatto che un'affezione così grave, per le complicazioni cui può dar luogo, può svolgersi senza dar fenomeni allarmanti deve più che mai rendere oculato il medico nel curare ammalati che accusino anche leggeri disturbi gastrici o disturbi digestivi in genere. E specialmente l'ipotesi di ulcera leve affacciarsi alla nostra mente quando si è fatta la diagnosi clinica di gastrite cronica, la quale è assodato che si accompagna quasi sempre all'affezione in parola.

Ed ora due parole sulla terapia.

Si dividono il campo i fautori della cura medica, o che almeno non intervengono chirurgicamente se non in circostanze molto gravi, ed i fautori della cura chirurgica.

La cura dietetica e medicamentosa dà senza dubbio buoni risultati, almeno prossimi, e logico è il principio in cui si basa di lasciare lo stomaco in riposo per dar campo alla lesione di ripararsi. E bene o male si ha il 50 p. 100 di cicatrizzazioni.

Ma anzitutto è da considerarsi che molte cicatrici disturbano non poco la funzione dello stomaco, sia per le aderenze contratte cogli organi vicini, sia per le deformazioni rilevanti che possono produrre, prima tra le quali la stenosi del piloro con tutta la serie di conseguenze inerenti a tale stato. Inoltre è da notarsi che la cicatrice dell'ulcera offre non di rado terreno adatto allo sviluppo di un'affezione ben più terribile, al cancro. È incontestato che questo tumore malignissimo preferisce svilupparsi dove prolungati stimoli irritanti hanno agito, e l'esperienza insegna che nello stomaco predilige notevolmente la cicatrice da pregressa ulcera.

Questo per il caso di cicatrizzazione completa, ma un'ulcera non può mai dirsi guarita, sia perchè essa può trovarsi ancora in atto pur mancando qualsiasi fenomeno apprezzabile, sia perchè questa affezione ha una spiccata tendenza a recidivare. E ciò si spiega se noi, coi più, ammettiamo esser essa una conseguenza d'una gastrite iperpeptica, la quale solo temporaneamente viene rimossa dalla cura igienica, perchè naturalmente non è possibile sperare che un uomo per tutta la sua vita continui, se non a cibarsi per la via rettale, a contentarsi della dieta lattea o poco più. Perciò, perdurando la causa prima, perdura sempre il pericolo dell'effetto.

Ora se noi pensiamo che un individuo è permanentemente esposto ad esser vittima, quando meno se lo aspetta, di una gastrorragia fulminante o di una perforazione, e che questo pericolo è ben lungi dall'essere in ragione diretta dei fenomeni subbiettivi (il nostro caso insegna) non possiamo non desiderare un intervento più radicale che liberi il paziente da siffatta spada di Damocle.

Questi pericoli io penso che possano eliminarsi nella maggioranza dei casi colla cura chirurgica.

Una volta era lecito esitare, ma oggi coi progressi della chirurgia moderna, oggi che senza titubanza si apre il cavo addominale a solo scopo esplorativo, parmi che minore dovrebbe essere la ripugnanza ad intervenire nell'ulcera rotonda dello stomaco.

Ma quale operazione deve preferirsi?

La resezione semplice della parete stomacale, con cui si esporta il tessuto malato, è un palliativo, perchè restano nello stomaco le condizioni intrinseche che hanno determinato la lesione e che ne determinano una altra consimile non molto tardi.

Abbiamo però la gastro-enterostomia, la quale rag-

giunge lo scopo che si prefigge la cura medica, di lasciare il ventricolo in perfetto riposo. E per scongiurare il pericolo che nell'ulcera cicatrizzata si sviluppi un neoplasma non vedo che possano sorgere degli inconvenienti dall'associare le due operazioni. Resecata l'ulcera e messo lo stomaco in buone condizioni, saranno svaniti e per sempre tutti i pericoli di complicanze tanto gravi.

Naturalmente una condizione è strettamente necessaria: che l'intestino sia in condizioni da assumersi il lavoro che dovrebbe compiere lo stomaco.

Resta ancora il fatto della difficoltà di diagnosi, che impedirebbe in molti casi di intervenire con sicurezza.

Ma ho già espresso il parere che un accurato e completo studio dell'ammalato, non escluso l'attento esame del contenuto stomacale colla sonda, spesso ci può mettere sulla buona strada. Di più, è lecito oramai fare assegnamento sopra una nuova importantissima risorsa diagnostica sulla radioscopia. Nata ieri, essa fa già dei grandi passi, i perfezionamenti fioccano, ed io mi lusingo che fra breve possano avvantaggiarsi di essa, se non tutti, certo la massima parte dei problemi diagnostici.

Con tale coadiuvante della diagnosi e coi progressi incessanti della chirurgia antisettica, credo di non errare affermando che la cura medica dell'ulcera gastrica è destinata ad essere cura del passato, mentre la cura chirurgica, pur non essendo ancora quella del presente, sarà la cura dell'avvenire.

INCONVENIENTI TARDIVI DELLA SETA USATA NELLE SUTURE PROFONDE

Nota del dottor **Antonio Forassi**, capitano medico

Un capitano in attività di servizio, qualche tempo fa, richiese di essere liberato dalla molestia prodottagli, a suo dire, da una ghiandola comparsa parecchi mesi addietro, senza alcun fenomeno caratteristico della flogosi acuta, alla regione inguinale destra, in cui da oltre due anni e mezzo aveva subito l'operazione per la cura radicale dell'ernia, secondo Bassini. A quanto ricorda, la piccola tumefazione di volume non sempre uguale, affatto indolente, non fu avvertita ognora nella medesima località, ma dopo essersi lentamente spostata in alto e verso la linea mediana si fissò alla cute e diede luogo ad uno scarso gemizio di liquido purulento.

Sotto i colpi di tosse non osservo formarsi alcuna prominenzza nel sito corrispondente alla porta erniaria. L'esito dell'atto operativo, egregiamente eseguito da un distinto collega dell'esercito, è stabilmente perfetto. In pari tempo rilevo, ad un pollice traverso sopra la spina del pube e della cicatrice operatoria, la presenza di un corpo rotondeggiante, di consistenza dura elastica equabile, avente i diametri di una grossa noce, mobile colla faccia profonda sul piano muscolare del retto addominale e colla faccia superficiale in parte adesa alla cute. Questa, nel tratto più sporgente, si mostra arrossata, tesa

e perforata da due piccole soluzioni di continuo circolari assai ravvicinate, che costituiscono evidentemente gli sbocchi di tramiti fistolosi.

Il criterio della sede, normalmente sprovvista di ghiandole linfatiche ed il referto che le suture profonde nell'operazione dell'ernia eransi praticate colla seta non lasciavano sussistere alcun dubbio sulla natura della descritta intumescenza. Infatti una moderata compressione fatta alla sua base determina la fuoruscita di poche gocce di liquido purulento, unitamente ad un ritaglio di grosso filo di seta, lungo due centimetri circa, così bene conservato da sembrare estratto in quell'istante da una boccetta tappata ermeticamente.

Nella medicazione successiva, dall'unico forellino ancora aperto, col pus spremuto si rende libera la parte annodata di un altro punto di seta. In seguito all'eliminazione di questi corpi estranei cessa completamente il gemizio purulento ed in pochi giorni si verifica la totale scomparsa della tumefazione di natura flogistica, dovuta a germi piogeni poco attivi, rimasti per più di due anni silenziosi in uno stadio di latenza.

Il segnalato inconveniente tardivo prodotto dalla seta, lasciata negli strati anatomici sottocutanei, supposti fosse accidentale. Nel caso in esame esisteva il precedente di un'adenopatia bi-inguinale suppurativa, da me curata coll'asportazione delle ghiandole ingrossate e degenerate. Molto probabilmente permanevano ancora nella rete linfatica regionale, incapsulati da tessuto di cicatrice, i comuni piogeni, che avrebbero poscia, in forma attenuata, infettato alcuni fili di sutura. Tale mia opinione venne scossa quando intesi l'illustre chirurgo di Roma, Durante, dichiararsi avverso all'uso della seta nelle suture profonde, perchè troppe volte, malgrado le più scrupolose pratiche di sterilizzazione, ha constatato essere causa di focolai suppuranti.

In casi consimili a quello osservato giova far conoscere le istruttive postume complicazioni dipendenti dal materiale di sutura, allo scopo di accertare se realmente merita la preferenza, come in genere si ritiene, il catgut reso asettico nelle varie operazioni di sintesi sottocutanea e nelle allacciature dei vasi. La questione studiata con metodo uniforme non tarderà ad essere risolta a vantaggio dei militari operandi. Il contributo alla definitiva soluzione di questa elementare modalità di tecnica chirurgica può essere dato da ogni medico operatore, il quale, specialmente negli interventi a mano armata, non deve prevalersi della pericolosa massima dell'antico pretore romano, perchè gli incombe l'obbligo *etiam de minimis curare*.

RIVISTA MEDICA

R. BARONCINI — **Isterismo maschile. Stati di duplice coscienza.** — (*Il Manicomio moderno. Giornale di Psichiatria*, 1898, n. 3).

I casi d'isterismo maschile con sintomi ben netti e definiti non sono tanto comuni, come non lo sono quelli di oscuramento psichico, che i francesi designano sotto il nome di *doppia coscienza*. Perciò la storia clinica riferita dall'A., medico primario nel manicomio d'Imola, interessa tanto dal lato psicologico, quanto da quello delle applicazioni medico-legali. Merita poi di richiamare l'attenzione del perito militare, che non raramente è chiamato a risolvere quesiti non facili riferentisi appunto alle manifestazioni di questa nevrosi, massime quando trattasi di rapporto fra l'isterismo e la criminalità.

È noto oramai come l'isterismo sia una malattia essenzialmente psichica, che può manifestarsi con accessi o parossismi più o meno gravi, ritenuti come sintomi episodici, quantunque rivestano forme svariate e complesse. Nella donna prevalgono le convulsioni, mentre nell'uomo si possono osservare, in luogo della scarica motrice, accessi periodici di oscuramento psichico, che sotto un certo aspetto sono gli equivalenti o i sostitutivi delle convulsioni. Detti rappresentano un fenomeno, che ha stretta affinità col sonnambulismo (Tamburini), e durante il quale l'individuo compie gli atti ordinari della vita, come una persona con esistenza psicologica completa. I francesi hanno chiamate queste forme di sonnambulismo *stati secondi*, in esse, quando il malato si sveglia, ha dimenticato ciò che gli è successo durante l'ipnosi, però in un secondo accesso ricorda le cose avvenute nel primo. Or bene, se questi attacchi sonnambolici si ripetono e si protraggono, accadrà che l'individuo presenta due esistenze alterne, due personalità diverse: una normale, *primo stato*, ed una patologica *secondo stato*; di più egli nel

corso normale della vita non ricorderà quanto fece o disse durante ciascuna crisi. Si ha dunque una doppia vita, una duplice coscienza, uno sdoppiamento di personalità, *misterioso dualismo della vita umana* (Belianger), di cui si hanno esempi studiati e riferiti da vari autori, esempi necessari a conoscersi per stabilire la responsabilità dell'isterismo (Azam, Camuset, Bianchi, Boileau, Caraman, Piavetta).

Il caso studiato dall'A. riproduce appunto la forma morbosa in discorso. Si tratta di un certo A. F., di professione cantante, sul quale pesa una doppia eredità morbosa: deficienza intellettuale da parte del padre, degradazione affettiva da parte della madre. Egli ed una sua sorella sono affetti da isterismo, forma grave convulsiva in questa, forma essenzialmente psichica in lui. Educato in mezzo a gente di teatro, in un ambiente di passioni e di emozioni, ove germoglia e cresce la sua pianta delle nevrosi, assume inconsciamente un carattere impressionabile, eccessivamente sensibile, e diventa singolare, incostante, bizzarro. I successi nell'arte lo impressionano e lo eccitano, fino a renderlo insensibile ai comuni bisogni della vita, gl'insuccessi lo accasciano tanto da spingerlo alla disperazione. Nella sua vita si hanno capricci strani, fughe irragionevoli, frequenti bizzarrie, però ben presto gli accessi assumono una forma caratteristica speciale. Essi s'iniziano con una fase depressiva, alla quale tien dietro un vero impulso dipsomaniaco, sicché l'individuo si abbandona alle bibite spiritose e fuma smoderatamente, diventando irrequieto, incostante e sentendosi spinto quasi contro volontà a commettere stravaganze. Segue poscia una fase opposta; vivace, allegro, vede tutto roseo, si fa espansivo e la sua personalità comincia a modificarsi; compie atti inconsulti nella credenza di far bene, e si lascia trascinare come un automa dai desideri, che gli pullulano nella mente. Quando rinviene ha un ricordo oscuro ed incerto di quanto ha fatto e spesso gli pare di aver sognato. Tra la coscienza integra e lo *stato secondo* si hanno fasi intermedie di subcoscienza, però alla fine si verifica la vera paralisi della memoria, l'oscuramento psichico ed il soggetto non sa quel che faccia e dica, quantunque operi come persona sana e vigile, commette azioni colpose (truffe), la cui menzione più tardi l'addolora.

Si hanno dunque due personalità distinte, due esistenze diverse in questo soggetto, il cui isterismo è comprovato da

evidenti note somatiche. Infatti in lui sono caratteristici: la emianestesia completa a sinistra, tanto della cute quanto delle mucose, mentre a destra il senso è squisito e gli stimoli sono esattamente localizzati, la iperestesia del cuoio capelluto e della faccia, le alterazioni dei sensi specifici, come la ottusità dell'udito, l'abolizione quasi dell'olfatto e del gusto, il restringimento del campo visivo, (ridotto a poco più della metà), la diminuzione dell'acutezza visiva le sensazioni subbiettive abnormi, quali la impressione di freddo continuo alla metà sinistra del corpo, i sibili ed i fischi alle orecchie, la pressione di respiro, i crampi, le trafitture, ecc., il riflesso rotuleo piuttosto vivace, vivacissimo quello cremasterico, ecc.

Intanto quest'individuo, durante lo stato sonnambolico, diventa ciarliero, bugiardo, calunniatore, senza riguardi, e muta perfino nel gusto artistico, proclamando senza valore un'opera musicale, che prima lo entusiasmava, eppure ha l'apparenza di un uomo normale, bene equilibrato, fino ad ingannare gli stessi suoi amici! L'ultima fase dei suoi accessi gli schiude le porte del manicomio, ove viene ricoverato più volte, perchè presenta una forma alucinatoria, molto simile ai deliri isterici, dopo poco ne esce guarito, ma ricomincia a commettere le stesse bizzarrie, le stesse azioni colpose. Creduto nuovamente pazzo, è rinchiuso in altro manicomio; quindi riprende il dominio della propria persona, non ricordando nulla di quanto ha commesso, anzi meravigliandosi allorchè gli si legge l'elenco documentato delle sue gesta; ritorna uomo normale, educato, buono, senza impronta di perversità. Pur troppo però il suo equilibrio psichico non è stabile ed uscito dall'asilo, ricomincia le solite fasi.

Il malato non può essere assoggettato all'ipnosi artificiale, ricusandovisi assolutamente, questa mettendolo in uno stato analogo a quello degli accessi, gli avrebbe fatto rivelare molte cose, che al presente non può dire, giacchè, com'è risaputo, in codesti isterici, durante i, sono provocato, si viene a far risorgere nella mente il ricordo degli atti compiuti od i discorsi fatti durante il *secondo stato*.

Secondo l'A., l'individuo da lui studiato deve essere ritenuto irresponsabile delle azioni colpose commesse. Egli conforta il suo giudizio con le opinioni del prof. Bianchi e di Caraman. Il primo ha scritto che la irresponsabilità dell'isterico va ammessa in due casi: nel delirio e durante lo stato di sdoppiamento di personalità, nel quale il soggetto

cambia carattere, umore, disposizione d'animo, sentimenti morali, diventando un'altra persona e percependo il mondo esterno diversamente che per lo innanzi. Quando questo stato cessa, l'individuo nulla ricorda ed il filo della vita cosciente, nel momento in cui l'infermo ritorna quel di prima, si riattacca nel momento, in cui è entrato nello stato di sonnambulismo spontaneo, mentre una immensa e fitta notte lo interrompe. Caraman poi ritiene che non debba esservi dubbio circa la irresponsabilità degli atti compiuti durante lo *stato secondo*, giacchè non può condannarsi chi, durante il tempo in cui ha commesso un reato, non era nello stato normale (qualunque esso si fosse), ne questo stato patologico dipendeva dalla sua volontà.

Cf.

VERGER e BOUCAUD. — Emorragia meningea a focolaio — Epilessia jacksoniana — Emiplegia sinistra con disturbi della sensibilità — Trapanazione — Morte. — (Archiv. clin. de Bordeaux, nov. 1898).

I casi di emorragia meningea a focolaio nettamente localizzato per poter dar luogo a delle indicazioni operative, sono assai rari. È interessante quindi il caso osservato dagli autori in questo momento in cui la chirurgia cranica è una delle questioni all'ordine del giorno.

Un individuo, dell'età di 46 anni, entrò all'ospedale per emiplegia sinistra con crisi convulsive aventi origine dal medesimo lato e che in seguito si facevano generali, fenomeni che datavano da tre mesi. Nessun precedente ereditario. Nessuna malattia per il passato; esclusi l'alcoolismo, le gravi malattie infettive, la sifilide.

I primi accidenti cominciarono con dolori di capo dopo una lunga giornata di lavoro sotto il sole cocente. Un mese dopo circa si presentò un'improvvisa perdita di coscienza che fu considerata quale un attacco apopletico e soltanto qualche giorno appresso si constatò una paralisi incompleta delle membra del lato destro la quale gradatamente si fece più completa associandosi a fenomeni convulsivi i quali si iniziavano con una specie di aura motrice a livello del lato sinistro della faccia, erano accompagnati da perdita di coscienza, si diffondevano a tutta la metà sinistra del corpo, poi si generalizzavano.

All'esame del malato praticato all'ospedale il 27 ottobre 1898, si trovò: prostrazione generale, conoscenza tarda, cefalea frontale, emiplegia incompleta alla faccia e al membro inferiore, quasi completa al membro superiore, ipoestesia e ipoalgesia marcatissime al membro superiore, diminuzione della sensibilità termica, non molto avanzata però, in tutto il lato sinistro, alterazione notevole delle sensazioni kinestetiche. Tentata la cura mercuriale, a titolo di prova, non si ebbe alcun risultato favorevole. L'individuo andò facendosi sempre più comatoso, e fu decisa la trapanazione in corrispondenza della scissura del Rolando, operazione la quale venne eseguita dal prof. Lanelongue.

Messa a scoperto la dura madre, fu riscontrata di aspetto normale, venne incisa, e questa incisione mise a nudo una massa di un rosso-nerastro, non pulsatile, avente tutto l'aspetto di un coagulo emorragico, lungo sei centimetri su quattro di larghezza, posto a cavalcioni della scissura rolandica ed interessante tanto la frontale che la parietale ascendente, al di sotto si trovò la polpa cerebrale di color bianco-giallastro, punteggiata di rosso, molle e friabile. Levato il coagulo e medicata la ferita, le cose parvero andar bene per qualche giorno, ma poi ricomparve il coma, ed il 1° dicembre avvenne la morte.

Ciò che costituisce il punto più importante di questa osservazione, secondo gli autori, è la coesistenza di sintomi diffusi e di sintomi di localizzazione, ampiamente spiegata dalla situazione speciale del focolo. Fra questi segni di localizzazione, due sono classici: l'epilessia jacksoniana e la paralisi delle membra e della faccia dal lato opposto del corpo. Invece, e cosa abituale nei trattati classici di considerare come eccezionale i disturbi della sensibilità generale a livello delle membra paralizzate. L'esame dettagliato della sensibilità generale che rivelò l'ipoestesia tattile, l'ipoalgesia meno marcata, il difetto nelle localizzazioni delle sensazioni e il loro mancato differenziamento, i disordini delle sensazioni kinestetiche e del tatto, ha messo in luce la sindrome sensitiva delle lesioni corticali, sindrome non molto ben conosciuta perchè spesso trascurata o male interpretata. In quanto alle diffusioni dei sintomi motori e sensitivi a tutto il lato sinistro del corpo, essa è spiegata dalla situazione del focolo al quale, sebbene occupasse a preferenza il centro corticale del membro superiore, interessava anche le parti poste al

disopra e al disotto. Il predominio dei sintomi al membro superiore fu l'indicazione che guidò all'applicazione del trapano: l'indicazione chirurgica non si basò dunque su di una diagnosi eziologica quasi impossibile a farsi nel caso attuale, ma sopra una chiara diagnosi anatomica.

Gli autori sono d'avviso che, sebbene l'operazione abbia avuto un esito letale, non sia per questo da rigettare l'intervento operativo in casi consimili. Certamente l'insuccesso deve attribuirsi alla antichità della lesione. Qualora i sintomi sieno di data recente, ed accennino ad una esatta localizzazione, l'unica speranza di salvezza sta nell'atto operativo. Essi non si dissimulano però la gravità della situazione, quando all'apertura del cranio, il chirurgo si trova di fronte ad una emorragia meningea, la quale può ripetersi più volte. Ad ogni modo, quest'ultima risorsa non deve trascurarsi anche in questi casi, riguardo ai quali si possono distinguere, dal lato del pronostico, le emorragie incistate della pachimeningite le quali agiscono soprattutto per compressione, e le emorragie sotto-aracnoidee non incistate le quali, come nel caso descritto, distruggono più o meno la sottostante sostanza corticale. Nel primo caso sarà possibile, a rigore, la guarigione completa. Nel secondo, i sintomi di paralisi resteranno permanenti.

te.

HOUL. — L'edema pneumococcico e suo valore diagnostico — (*Centralbl. f. Bakt.*, n. 6, 1898, *Gazzetta medica di Torino*, 19 gennaio 1899)

L'A. facendo osservare la insufficienza frequente dei metodi sperimentali finora usati per la diagnosi della polmonite, come anche per mostrare pneumococchi tipici ed abbondanti agli allievi di un corso di batteriologia, propone il seguente processo:

Si prende il succo polmonare o l'espettorazione di un pneumonico e si inietta sotto la pelle dell'orecchio di un coniglio. Dopo 24 ore compare un edema intenso ed esteso che invade specialmente le parti molli della mascella inferiore. Tra il secondo ed il terzo giorno dall'iniezione, l'animale generalmente muore. Si seziona allora la pelle della mascella con un bisturi sterilizzato facendo uscire una gran quantità di liquido sieroso chiaro. Con questo liquido che contiene gran quantità di pneumococchi tipici è facile fare delle colture pure.

Il processo in parola offre inoltre un grande vantaggio dal punto di vista diagnostico in quei casi nei quali esaminato l'espettorato di un malato che si suppone colpito da polmonite, non si trova il pneumococco che in piccola quantità.

Houl aggiunge inoltre che il suo processo è superiore a quello dell'iniezione intravenosa dell'espettorazione giacchè con questo metodo la morte può avvenire per mezzo di altri microbi patogeni che non sono il pneumococco te

ABRAMOVITSCH. — Intossicazione prodotta dall'ossido di carbonio: fenomeni nervosi — (*Journal de médecine et de chirurgie*, dicembre 1898).

Fra i molteplici accidenti che può provocare l'intossicazione da ossido di carbonio, si deve segnalare l'amnesia. Si distinguono due forme d'amnesia consecutive all'intossicazione da ossido di carbonio:

a) Amnesia ordinaria, amnesia consecutiva, vale a dire perdita o piuttosto indebolimento della memoria dei fatti posteriori all'intossicazione;

b) Amnesia retrograda, che ha per effetto di cancellare completamente dalla memoria i fatti anteriori all'avvenimento. Questo fatto ha un'importanza soprattutto dal punto di vista medico-legale, ma il medico dovrà ben guardarsi dal considerare questa amnesia retrograda come un fenomeno costante e necessario. Per la sua intensità essa somiglia a quella che segue i grandi traumatismi, dovuti agli accidenti di vetture e delle strade ferrate.

Brouardel ha citato, tra gli altri, un medico di Parigi, il quale, in seguito ad un'intossicazione prodotta dalle emanazioni di una stufa situata in un appartamento al di sotto del suo, ha perduto la conoscenza per la durata di sei a sette ore. Quando egli volle riprendere le sue occupazioni, non ricordava più il nome dei suoi clienti, le loro abitazioni, le malattie da cui erano affetti, nè il nome e le dosi dei rimedi che egli prescriveva abitualmente. Questo stato durò diciotto mesi, dopo i quali egli finì per recuperare la memoria e ritornare al suo stato mentale normale.

Un altro fatto importante dal punto di vista della diagnosi è l'intossicazione cronica che si osserva talvolta nei cuochi nei locali malsani che essi occupano e che può esprimersi coi sintomi nervosi singolari studiati da Moreau.

Questi sintomi che nell'inizio non consistono che in vertigini e disturbi sensoriali, in abbagliamenti, allucinazioni della vista e dell'udito, possono raggiungere una gravezza tale che i malati cadono rapidamente in uno stato di demenza incurabile.

Esiste, d'altra parte, uno stato mentale caratterizzato da una specie di vago che avvolge tutti i pensieri di indecisione, di penosa incertezza e simile al delirio delle persecuzioni, ma differendone però in ciò che le idee dei perseguitati non sono durevoli.

Furono pure citati casi in cui i disturbi mentali assumono la forma di una pseudo-paralisi generale. Quest'ultima si riscontra negli alcoolici, ed è molto difficile distinguerla da quella prodotta dall'alcool soprattutto per attribuirle unicamente all'ossido di carbonio. In questi casi anche i disturbi somigliano a quelli che sono consecutivi ai traumatismi degli accidenti delle strade ferrate; essi possono durare mesi ed anche anni, e questa persistenza è di una gravità estrema dal punto di vista dell'esercizio ulteriore e completo della professione.

B.

M. MIGNON. — Studio anatomico-clinico dell'apparecchio respiratorio e dei suoi annessi mediante i raggi Röntgen — (*Gazette des Hôpitaux*, n. 102, 1898).

L'autore dopo aver passato in rivista i risultati ottenuti dall'applicazione dei raggi X all'apparecchio respiratorio ed annessi, viene alle seguenti conclusioni pratiche:

1° Le fosse nasali possono essere vantaggiosamente esaminate con questo mezzo, massime nei casi di lesioni ossee. Quantunque la rinoscopia anteriore sia facile, pure la radioscopia potrà dare preziose indicazioni, sia a riguardo di corpi estranei molto opachi, sia a riguardo di lesioni difficilmente accessibili.

2° L'applicazione della radioscopia ai seni non presenta gli stessi vantaggi per ciascuno di essi. Così potrà trarre utilità dal metodo fluoroscopico il seno frontale, quello mascellare sarà più esattamente studiato con la diafenoscopia; però le alterazioni ossee, i corpi estranei saranno visti meglio col nuovo metodo. In quanto poi al seno sfenoidale, desso non è abbastanza visibile per permettere alcuna deduzione diagnostica.

3° L'esame della laringe col metodo fluoroscopico riesce utile, se le lesioni hanno notevolmente modificato lo spessore dei tessuti, o se sono profondamente situate nella regione. Le alterazioni superficiali della mucosa sono rilevabili all'esame laringoscopico, mentre la conformazione delle cartilagini, la disposizione di un corpo estraneo sono viste forse meglio per trasparenza.

4° La trachea ed i bronchi possono esser visti con l'esame fluoroscopico, ma non ne ritraggono grandi vantaggi, quantunque qualche volta sia riuscito possibile riconoscere le modificazioni del loro calibro. Più utile è l'esame dei gangli peri-tracheali e bronchiali, sovente difficile con i mezzi ordinari.

5° I polmoni sono specialmente osservabili col metodo in discorso. Senza tener conto della ricerca dei corpi estranei, che spesso non può farsi con altro mezzo, con esso saranno direttamente visibili le lesioni dovute alla congestione, all'edema, all'enfisema, invece la polmonite, il cancro, le cisti ulciche saranno più esattamente determinate dai segni stetoscopici. La tubercolosi, sovente diagnosticata troppo tardi, in qualche caso può essere riconosciuta più presto e soprattutto è meglio apprezzata la disposizione delle sue lesioni. Le alterazioni della pleura e le modificazioni della sua cavità sono rilevate in modo assai esatto.

6° Le applicazioni terapeutiche sono ancora poco numerose dal punto di vista clinico per permettere qualche conclusione, però le ricerche sperimentali sembrerebbero favorevoli per l'impiego dei raggi Rontgen.

Questi danno delle indicazioni, che di giorno in giorno si completano e meritano altamente l'interesse, che ispirano, dessi non diminuiscono in nulla l'utilità degli altri metodi di esame, anzi li completano, se si sa dare ai risultati ottenuti una giusta interpretazione. c9.

E. DURAND. — L'aritmia palpitante nel restringimento della mitrale. — (*Journal de médecine et de chirurgie*, gennaio 1899.

Abitualmente si dice che nel restringimento mitrale il polso è regolare; questa regola, vera in generale, è sottoposta ad un certo numero di eccezioni. E Durand, basandosi sopra numerose osservazioni, ha dimostrato che in questa

affezione si poteva riscontrare sia la tachicardia, sia la bradicardia, ciò che è molto più raro, ed in fine l'aritmia, ciò che è relativamente molto frequente. Inoltre, in quest'ultimo caso, esistono soventi anche la palpitazione, ed è a quest'associazione che Huchard ha dato il nome di aritmia palpitante.

Questo fenomeno è abbastanza frequente, ed è interessante tanto dal punto di vista della prognosi che della terapeutica di questa forma d'affezione cardiaca. In fatti, l'aritmia palpitante del restringimento mitrale è dovuta, nell'immensa maggioranza dei casi, sia ad un funzionamento difettoso dello stomaco, sia all'arterio-sclerosi.

Essa può essere causata in qualche caso da una trombosi auricolare o da disturbi polmonari, ma sono casi del tutto eccezionali. Per cui, in regola generale, quando si nota che un soggetto affetto da restringimento mitrale presenta l'aritmia palpitante, occorre innanzi tutto informarsi con cura della sua igiene generale, del suo genere di vita e della sua alimentazione, dei medicamenti che ha presi, e soventi la semplice soppressione di uno di essi potrà far cessare l'aritmia.

Interrogato il malato, si verrà spesso a sapere che il malato, senza fare abuso o l'anche uso di alcuna delle sostanze capaci per se stesse di cagionare l'aritmia, fa uso moderato di tutte le specie di droghe; egli stanca così il suo ventricolo, e la sua aritmia rientra nelle aritmie riflesse d'origine stomacale. Lo stesso dicasi delle persone che consumano giornalmente thé o caffè.

B.

STERN. — Sulle cause d'errore della sierodiagnostica.
— (*Centralblatt für med. Wissensch.*, n. 25).

Stern accenna dapprima alla grande importanza di una sicura diagnosi del tifo addominale, tanto sotto il riguardo clinico come epidemiologico, e ritiene sempre possibile a conseguire questa sicurezza purché sieno accertate le cause di errore. Se si procedeva esattamente secondo la prescrizione di Widal adoperando il siero allungato nella proporzione di 1:15, spesso si fa un agglutinamento; anzi l'autore su di un malato che sicuramente non soffriva di tifo nè andò mai soggetto a questa malattia, poté constatare ancora all'osservazione microscopica un'azione agglutinante del siero diluito nella proporzione di 1:40. Egli perciò esige che sulle colture

da adoperarsi si veda anzitutto in quale grado di concentrazione del siero normale esse esercitino ancora un'azione agglutinante. Dopo che si è stabilito con tutta precisione questo limite, occorrerà proceder oltre colla diluzione soltanto sino al punto da essere garantito da ogni errore. Se si adoperano concentrazioni non più forti di 1:50 sino ad 1:2000 ed anche oltre, i sieri tifici si mostrano attivi, la reazione macroscopica è più sicura che quella microscopica.

Una seconda causa d'errore sta in ciò, che la reazione spesso si manifesta in ritardo. Mentre Widal stabilì da principio che essa reazione si manifesta sino al 7° giorno di malattia, si hanno relazioni posteriori di parecchi casi in cui la reazione si mostrò solo qualche settimana dopo il principio della malattia. Adunque i risultati negativi nel principio della malattia parlerebbero solo con una certa probabilità contro il tifo, in ogni caso quando vi è sospetto di tifo la reazione deve essere ripetuta più spesso.

Una terza fonte d'errore è data dal fatto che la positiva riuscita della sierodiagnostica dopo la persistenza di un tifo può continuare ancora delle settimane e persino degli anni. In una malattia ulteriore questa circostanza può condurre ad una erronea diagnosi. Talora le alterazioni specifiche del sangue si manifestano anche in affezioni tifose leggerissime, nelle quali i fenomeni propri della malattia non possono essere constatati; soltanto è da notarsi che nella grande maggioranza dei casi l'azione agglutinante del siero sanguigno diminuisce ben presto e vi è motivo a sperare che con precise misurazioni dell'azione agglutinante, quest'ultima causa d'errore potrà essere ridotta in limiti più ristretti.

C. P.

M. H. VINCENT. — L'angina difteroidale a bacilli fusiformi. — (*La Semaine médicale*, n. 3, 1899).

L'A. ha presentato recentemente alla società medica degli ospedali di Parigi, una nota del medico militare dott. Sacquépée, relativa a cinque osservazioni di angina difteroidale a bacilli fusiformi. Dopo la comunicazione fatta dal Vincent stesso su tale argomento (*Semaine médicale*, 1898, p. 109), furono pubblicati molti lavori confermativi, sia in Francia che all'estero, da Lemoine, Raoult e Thury, Dopter, Bernheim e Pospischil, Abel, de Stöcklin, Rispal, e oggi da Sacquépée.

È opportuno ricordare che quest'angina è caratterizzata dalla produzione alla superficie della tonsilla, d'un essudato

pseudo-membranoso associato a fetore dell'alito, a disfagia, ad adenite sotto-mascellare ed a febbre. In capo a tre o quattro giorni, si forma, sotto la falsa membrana, un'ulcerazione, che sanguina quando si toglie la membrana stessa. In certi casi, questa ulcerazione è appena evidente; altre volte, invece, è molto profonda. Questa forma di angina è prodotta da un bacillo speciale, rigonfiato nella sua parte mediana, nettamente assottigliato alle sue due estremità, provvisto non di rati di vacuoli irregolari; talvolta è leggermente incurvato. Non si colora col processo del Gram e sembra non possa venire coltivato. È frequentemente, *ma non sempre*, associato ad un sottile spirillo L'A. ne ha recentemente osservato un nuovo caso in cui quest'associazione mancava, il bacillo fusiforme esisteva in ammassi nella profondità delle sezioni delle false membrane, sulla superficie delle quali v'erano degli streptococchi.

Questo speciale bacillo sembra esistere, allo stato normale, nella bocca di certi soggetti. Lo s'incontra qua e là, ma in piccolissimo numero, nelle preparazioni microscopiche delle varie specie di angina pseudo-membranosa ed anche nella difterite si moltiplica allora debolmente come gli altri microbi che risiedono abitualmente nella cavità boccale. Al pari dello streptococco, può moltiplicarsi per proprio conto, e far luogo, con o senza associazione spirillare, a questa nuova forma di angina difteroida ora descritta. E. T.

S. ARNAUD — Sul così detti movimenti ausiliari degli emiplegici. — (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, marzo 1899, fasc. 3).

Il dott. Ghilarducci in due suoi notevoli lavori, comparsi sul *Policlinico* negli ultimi anni (1896, 1897), aveva fatto rilevare come vi sono emiplegici, i quali possono temporaneamente e volontariamente vincere la contrattura dei flessori delle dita, previa supinazione dell'avambraccio o rotazione esterna dell'omero, oppure previa associazione di questi due movimenti. Egli li chiama *movimenti ausiliari* ed ammise, per i casi da lui studiati, che quando i medesimi si verificano è lecito presupporre una permanente risoluzione delle contratture, tenendo conto che la rapidità con la quale si avvera la guarigione è in ragione inversa del numero dei muscoli che entrano nei movimenti ausiliari.

Cercò inoltre di spiegare la patogenesi delle contratture organiche, ammettendo anzitutto che queste si verificano quando, o per assenza o per degenerazione delle vie piramidali, resta interrotta ogni comunicazione tra il midollo e le zone psico-motrici, per modo che il primo viene ad esercitare permanentemente la sua azione eccito-motrice sui muscoli. I muscoli maggiormente colpiti sarebbero quelli che entrano in contrattura, e la scomparsa di questa in modo temporaneo e poi permanente sarebbe dovuta allo stabilirsi di una nuova corrente inibitrice, la quale, essendo precusa le vie maestre del fascio piramidale, si farebbe strada attraverso altri centri, le cui connessioni sono rispettate ovvero offese in minor grado. I movimenti ausiliari quindi avrebbero l'ufficio di agevolare la via alla conduzione di quella corrente cortico-spinale, la cui assenza è la causa della contrattura negli emiplegici (Ghilarducci).

L'A. iniziando alcune ricerche riguardanti i disturbi della motilità negli emiplegici, ha esaminato venti emiplegici ed ha trovato che in due di questi si avevano tipicamente riprodotti i così detti movimenti ausiliari, mentre in due altri questi fenomeni si localizzavano agli estensori del braccio, per modo che si aveva la estensione di quest'ultimo previa sollevazione della spalla e rotazione esterna dell'omero. In tutti e quattro i casi s'incontrava notevole difficoltà alla estensione passiva, mentre una volta fatta questa, le dita o l'avambraccio si flettevano colla massima facilità, così come aveva anche fatto notare Ghilarducci.

Egli ritiene che la contrattura negli emiplegici dipende dallo squilibrio tra la tonicità dei vari gruppi muscolari, che sono i gruppi muscolari meno colpiti quelli che entrano in contrattura, e che la risoluzione di questa dipenda principalmente dall'inibizione esercitantesi sui muscoli illesi. Secondo lui, la funzione dei così detti movimenti ausiliari non potrebbe dipendere da un semplice fatto, qual'è la neofunzionalità di gruppi muscolari fino allora inerti, ma dalla concomitanza che avviene fra il movimento di questi gruppi muscolari, con una diminuzione dell'ipertonicità dei flessori. La funzione corticale che presiede a questi movimenti, agisce direttamente sull'ipertonicità dei flessori.

Inoltre pur ritenendo la necessità di osservare un maggior numero di casi clinici, crede che i movimenti ausiliari, mentre rappresentano un parziale ritorno della motilità, non possono

garantire senz'altro un ritorno completo o quasi della medesima. In ogni modo la comparsa degli stessi e la diminuzione dell'ipertonicità dei flessori costituiscono un complesso di fenomeni, che autorizzano a formulare un prognostico favorevole per la cessazione della contrattura. c. q.

HAUSER. — Nuovo processo per la colorazione dei bacilli tubercolari. — (*Gazzetta medica di Torino*, 16 febbraio 1899)

Veramente questo nuovo processo non è che una modificazione di quello di Ziehl. La differenza consisterebbe nella sostituzione degli acidi organici agli acidi minerali per la decolorazione. L'acido adoperato sarebbe l'acido lattico in soluzione al 5 o 10 p. 100, oppure la soluzione alcolica al 2 o 3 p. 100. Questa sostituzione è basata su considerazioni teoriche, e cioè che mentre gli acidi minerali agiscono per vera sostituzione, quelli organici agiscono invece alla maniera dell'acqua e dell'alcool, ossia per semplice dissoluzione della materia colorante, per modo tale che un'azione così debole non può oltrepassare, anche dopo contatto di mezz'ora, i limiti dell'involucro basilare. Con questo metodo i bacilli nettamente colorati in rosso, si staccano su un fondo completamente scolorato o ricolorato in bleu; la decolorazione è sufficiente dopo alcuni secondi ed anche dopo mezz'ora di contatto essa non tocca i bacilli tubercolari. Un'altra modificazione al processo di Ziehl sarebbe quella di ricolorare il fondo in giallo con acido picrico, ma è sempre preferibile ricolorare in bleu. te.

FITTIPALDI — Sui mezzi di conservazione dei sedimenti nelle urine. — (*La nuova rivista clinica terapeutica*, marzo 1899)

Da tempo si sono cercati dei mezzi atti ad arrestare l'alterazione delle urine, e a conservare quindi l'integrità dei sedimenti onde rendere facile il responso dell'esame, microscopico dei sedimenti urinari tanto importanti nella clinica, e spesso reso impossibile o per essere le urine emesse da lungo tempo, o per essere mal condizionate, o pel fatto di temperatura esterna troppo alta, o per la natura stessa del liquido urinario.

L'A. ha fatto esperienze per rinvenire una sostanza, la quale garantisca una integrità quanto maggiore è possibile di tutti gli elementi morfologici ritrovabili in un sedimento urinario, in condizioni ordinarie e per lungo tempo, e sia di facile uso. Gli esperimenti vennero fatti su sedimenti di 14 urine raccolte in condizioni diverse: gli esami microscopici furono eseguiti a brevi intervalli, in periodi da 3 a 40 giorni. Le sostanze adoperate furono: l'acqua cloroformica come lo indica il Sal. kowski, l'acido borico all'1 p. 100 di urina, il solfato di soda a saturazione, il timolo all'1 p. 1000 e quindi a saturazione, l'alcool al 10 p. 100, il sale di cucina al 20 p. 100 e la tintura di iodio. Dalle fatte osservazioni risulta che la tintura di iodio nella proporzione di un numero di gocce uguale a quello dei c. c. di urina adoperata, conserva per un tempo relativamente lunghissimo e perfettamente tutti gli elementi morfologici dei sedimenti. Seguono per efficacia l'alcool, il sale da cucina, l'acido borico. L'acqua cloroformica ed il timolo non offrono alcun reale vantaggio. Il solfato di soda favorisce lo sviluppo dei blastomiceti, mentre gli elementi morfologici si disfanno rapidamente.

fe.

ARULLANI. — **Ascesso cerebrale cronico** — (*Gazzetta medica di Torino*, 20 aprile 1899).

Nel caso illustrato dall'A. trattasi di un grande ascesso cerebrale cronico di origine otitica che aveva dato luogo ad afasia motoria e sensoria e ad emiparesi. All'autopsia si trovò l'osso temporale sinistro intatto, le meningi cerebrali, a livello della lesione, sane e non aderenti. Esclusa quindi l'ipotesi di una trasmissione diretta del pus dall'orecchio medio alla sostanza cerebrale, la trasmissione doveva essere avvenuta per metastasi dei vasi, e si spiega pensando alle vie di comunicazione delle due circolazioni, extra ed intra cranica per mezzo specialmente delle vene diploiche e delle vene della cassa del timpano, che si gettano in parte nei seni laterali, a cui a loro volta arrivano le vene della massa encefalica posteriore. Il caso attuale conferma due fatti importanti, sui quali ha insistito molto il Murri, cioè la grande difficoltà di diagnosi che presenta l'ascesso cerebrale cronico, e la temperatura subnormale che l'accompagna. Se non fosse esistita infatti una precedente otite, la diagnosi clinica fra ascesso cronico e tumore sarebbe stata impossibile.

Ottimo criterio per la diagnosi sarà la temperatura subnormale, come pure la mancanza di papillite. Incostanti invece sono da ritenersi gli altri sintomi, quali la rarità del polso ed il vomito.

Nel caso speciale furono osservati anche disturbi nel territorio dei nervi cerebrali della base, zone di iperestesia e stato di agitazione del paziente.

NETTER. — Dei microbi della meningite cerebro spinale.

— (Dal *Progres Medical*, n. 2 del 1899).

L'autore riferisce il risultato dei suoi studi sulla meningite cerebro-spinale eseguiti su casi recenti della malattia. Egli insiste sulle rassomiglianze del meningococco con lo streptococco e il pneumococco. Netter tuttavia fa osservare che questo microbo non è virulento per il sorcio.

Passando nell'organismo degli animali, questo meningococco prende tutti i caratteri morfologici del pneumococco. Il Netter dunque ne conclude che il meningococco non è che una semplice varietà del pneumococco, al contrario del Chantemesse, che invece crede che esso sia un microbo differente, basandosi sulla reazione agglutinante diversa per questi due batterii.

A. C.

SILVESTRINI. — Gli sporozoari in patologia. — (La Clinica moderna, 1899).

L'A. fa una rapida rassegna nel campo della ricerche sulla essenza, sui caratteri, sulla biologia dei protozoari, i quali dopo la scoperta del Laveran, e dopo gli studi del Ross, del Grassi, del Bignami hanno acquistato tanta importanza. Descrive gli ootricelli del *Miescher* la natura dei quali fu intraveduta dal Siebold e dimostrata dal Davaine, dal Leuckart, dal Rivolta. Accenna alla denominazione di *sarcosporidi* data agli ootricelli del Balbiani, ed alla classificazione del Blanchard, che li distinse in due famiglie: *Balbaniidi* e *Miescheridi*. Descrive il loro ciclo di vita, quale è ammesso dallo Pfeiffer e secondo i più recenti studi del Ross sull'emoparassita degli uccelli, restano così dimostrato che gli ootricelli del *Miescher* non sono che stadi di parassiti con ciclo evolutivo speciale, dei quali alcuni non arrivano nel primo ospite al loro stadio più elevato, al loro stadio terminale, altri invece compiono

nella sede prima tutto il loro ciclo, altri infine hanno un modo di riprodursi come forme inferiori nel primo ospite e un altro modo di riprodursi come forme più elevate in un secondo ospite.

Ultimamente poi, oltre ad altre nuove cognizioni acquistate sul modo di riproduzione di certi sporozoari, distinguendosi le *micro* e le *macrozoospore*, sono stati presi in esame speciale le forme ematozoiche del plasmodio malarico e si sono descritti speciali sporozoari quali elemento causale del molsusco contagioso, del carcinoma, del vaccino, del vaiuolo, come si sono descritti coccidi speciali nel fegato, nei reni, negli ureteri, nelle urine, negli escreti nei quali si sono trovate precisamente forme del *Coccidium Metchnikowi*.

L'A. si augura che tutte queste sparse cognizioni vengano insieme collegate da nuovi studi e ricerche. te.

BADUEL — L'infezione diplococcica. — (*Rivista medica*, numero 15, anno XV).

È un importante studio clinico-batterologico il quale verrebbe a dar nuova luce su certi fatti non ancora ben chiari di alcune forme morbose infettive.

Le osservazioni riguardano 71 casi di forme morbose di diplococco di Fraenkel comprendenti 57 casi di polmonite lobare, 1 di polmonite sierofibrinosa primitiva, 1 di polmonite sierofibrinosa metapneumonica, 3 di pleurite purulenta, 1 di endocardite primitiva, 1 di pericardite fibrinosa metapneumonica, 1 di nefrite metapneumonica, 3 di angina primitiva, 1 di peritonite primitiva purulenta, 1 di periartrite ed artrite metapneumonica, 1 di setticemia diplococcica.

Dall'esame clinico e batterologico di questi casi l'A. conclude che nella massima parte dei casi di localizzazioni diplococciche, primitive o secondarie, osservate, esiste il diplococco nel sangue circolante il quale nei casi ordinari è sprovvisto di potere patogeno sugli animali sottoposti ad esperimento, che la virulenza, quando esiste, non è sempre in rapporto colla gravità e coll'estensione del processo locale, ma è in rapporto col periodo acuto della localizzazione primitiva del diplococco, che la presenza del diplococco nel sangue si protrae lungamente dopo la malattia senza dar luogo a speciali disturbi, che la presenza sua nel sangue non rappresenti una complicanza temibile, che però il diplococco en-

trato primitivamente nel sangue può trovare in esso un buon terreno di sviluppo ed estrinsecare su questo tessuto la sua attività patogena dando luogo alla setticemia diplococcica primitiva, attività patogena che può aversi anche dopo una primitiva localizzazione nel qual caso la diplococcemia ha ben altra gravità.

Queste ricerche spiegherebbero la patogenesi non sempre chiara di alcune forme morbose giacchè se il diplococco dopo una primitiva localizzazione passa costantemente nel sangue, è naturale che non di rado trovi in uno od in un altro apparato delle favorevoli condizioni pel suo sviluppo, spiegherebbe l'origine ematogena di molte localizzazioni primitive, spiegherebbe infine come certe localizzazioni credute primitive, sieno invece da ritenersi di natura secondaria.

te.

LABORDEL. — La epilessia sperimentale e la simpatectomia. — (Del *Progres Médical*, n. 1 del 1899).

In una sua importante comunicazione su questo argomento già da lungo tempo trattato dall'autore, e di cui si è già dato conto recentemente anche in questo giornale, l'autore riferisce di altri suoi studi sperimentali sulla sezione del simpatico, parziale o totale (simpatectomia) per la cura dell'epilessia appoggiandosi a nuovi fatti. In primo luogo si era trattato di resezione del cordone simpatico cervicale nel cobaro sia preventivamente, prima cioè della determinazione patogena dell'epilessia, sia consecutivamente per scopo curativo.

Nei due casi gli accessi epilettici non furono sensibilmente modificati per l'intervento operatorio.

Nel primo soggetto operato (da otto mesi) gli accessi provocati per l'eccitazione della zona epilettogene persistono dal lato ove fu fatta la resezione del simpatico. Questi accessi vanno decrescendo senza dubbio grazie alla riparazione della lesione patogena (sezione dello sciatico). I nuovi casi presentati, si riferiscono alla *soppressione totale del cordone cervicale simpatico, coi suoi tre gangli, superiore, medio, inferiore*, realizzata sia prima sia dopo la creazione della zona epilettogena. In un soggetto in cui l'epilessia era stata prodotta colla emissione del midollo spinale, e dava accessi d'intensità crescente, vi è stata simpatectomia totale

del cordone cervicale coi suoi ganglii. Lasciando a parte i fenomeni legati a questa lesione, l'azione sugli accessi è stata che questi sono più violenti dopo l'operazione: questi accessi si riproducono in forma subentrante e quasi senza remissione al minimo contatto. Il soggetto è in uno stato di male continuo con imminenza incessante e realizzazione frequentissima di accessi di una intensità e violenza eccezionali.

In un altro, in cui la simpatectomia totale del cordone cervicale con i ganglii fu preventiva, l'accesso si caratterizza nettamente aggravandosi.

L'operazione praticata in una femmina produce l'aborto.

Infine presso un terzo soggetto la cui epilessia è provocata dalla resezione del nervo sciatico, si propone di fare l'ablazione del ganglio cervicale superiore solamente.

Le conseguenze cliniche si deducono spontanee da questi fatti sperimentali.

Il Déjerine però si è dichiarato recisamente contrario alla resezione del simpatico nella epilessia dell'uomo, e si appoggia al fatto di una ragazzina ricoverata nel suo reparto per una epilessia parziale, in cui, dopo essere stata sottoposta alla resezione del simpatico, si verificarono dodici accessi al giorno.

A. C.

D'AUTOLO. — Del riso convulsivo come espettorante. —
(*Bullett. delle scienze med.*, Bologna, aprile 1899).

Come è noto il riso convulsivo consiste in ciò che la espirazione prolungata ed interrotta da molti e rapidi restringimenti della glottide, come avviene nell'atto del riso in genere, qui è più prolungata e forte in ragione della maggiore intensità e durata dello stimolo, ed è accompagnata da movimenti di contorsione del tronco. Per tal modo si giunge al massimo grado di riduzione nel volume del polmone, ed in particolar modo della base, con effetto di un rapido spostamento del contenuto degli alveoli e dei bronchi verso i bronchi maggiori e la trachea.

Esperimentando su 3 ragazzi e su 2 giovani affetti da bronchite o bronco-alveolite catarrale in via di risoluzione, l'autore ha avuto per risultato tosse ed espettorazione finché esisteva qualche prodotto morboso nei bronchi e negli alveoli, mancanza di tosse e quindi anche di espettorazione, a processo finito.

Affinché il raso convulsivo si determini, occorre naturalmente che l'individuo vi sia disposto. Esistono differenze notevoli a questo riguardo a seconda dell'età, del sesso, del temperamento, dello stato sociale ecc.

Nei suoi infermi, l'autore ha usato generalmente il titillamento della ragione dei fianchi, praticato d'improvviso mentre li ascoltava, infossando le dita semiflesse sotto le ultime coste ed impartendo loro rapidi movimenti di flessione e di estensione fino al determinarsi della tosse.

Questo mezzo però non è da tentarsi in individui con affezioni cardiache mal compensate, nei pleuritici, nei peritonitici, nei pletorici, nelle gravi ateromasi, negli individui disposti all'emottisi, nelle donne incinte in genere, come pure nei bambini molto piccoli o disposti allo spasmo della glottide.

te.

MORI E SALVOLINI. — Cura del tetano colle iniezioni di sostanza cerebrale emulsionata. — (Il Raccogl. med., 10 febbraio 1899).

Si tratta di un contadino il quale lavorando nel letame a piedi nudi, fu punto da una spina nella pianta del piede sinistro, quattro giorni dopo cominciò ad avvertire dolore nella ferita, e al nono giorno avvertì i primi sintomi del tetano il quale si fece completamente manifesto il giorno appresso. Ruscite vane le somministrazioni di cloralo e gli altri mezzi terapeutici convenientemente usati, si ricorse alle iniezioni con sostanza cerebrale emulsionata raccolta con tutte le precauzioni in quanto alla asepsi, dal cervello di un grosso coniglio e combinando 5 grammi di sostanza cerebrale con 15 grammi di soluzione perfettamente sterilizzata di cloruro di sodio a 0,60 p. 100, poi da quello di vacca, usandone 15 gr. con 20 cc. della anzidetta soluzione. Le iniezioni furono in numero di otto, e ad onta di tutte le precauzioni diedero luogo alcune di esse alla formazione di ascessi. Però le contrazioni tetaniche andarono man mano diminuendo d'intensità e una ventina di giorni dall'epoca dell'inizio della malattia, l'individuo lasciò l'ospedale perfettamente guarito.

Gli autori concludono dicendo che questo fatto sembra confermare l'esistenza di un organo-immunità la quale, al pari della siero-immunità, agirebbe per difendere l'organismo dalle malattie infettive, neutralizzando le tossine fabbricate dai microrganismi patogeni.

te.

RIVISTA CHIRURGICA



EWALD. — **La chirurgia dello stomaco.** - (*Centralblatt für die med. Wiss.*, nov. 1898).

Gli esperimenti dell'A. sopra la chirurgia dello stomaco comprendono 68 operazioni, eseguite in massima parte, per tumori maligni, nei quali dovè praticare 29 volte la gastro-enterostomia, 17 volte la resezione parziale dello stomaco con gastro-enterostomia e 22 volte, la gastrectomia. Trattavasi per lo più di carcinomi: solo in tre casi l'intervento chirurgico fu determinato da stenosi pilorica ed in altri due da tumori di natura benigna.

Dalla statistica delle 29 gastro-enterostomie crede l'A. doverne escludere tre, fatte in soggetti che morirono per accidenti sopravvenuti durante l'operazione: degli altri 26 casi, in 16 soltanto si verificò l'esito letale, ossia nel 55 p. 100, e di questi, 6 morirono per volvolo, 3 per schoch, 2 per miocardite cronica e 5 per inanizione. Tutte queste operazioni erano state determinate da neoformazioni aventi sede sul piloro, o nei dintorni di esso, e per carcinomi, ad eccezione di un'ulcera accompagnata da grave peripilorite.

Delle 17 resezioni parziali con gastro-enterostomia 9 ebbero esito infausto, e così 12 delle 22 gastrectomie.

Tali risultati incoraggianti dovrebbero divenire senza dubbio migliori, quando la diagnosi di natura e di sede del tumore si potesse fare molto precocemente, il che non dovrebbe essere impossibile in una malattia, il cui nosografismo è da tutti purtroppo assai conosciuto. In ogni modo dovrebbe certo decidere gl'infermi all'operazione prima di arrivare al vero e proprio stato di cachessia.

Non si dimentichi però che quand'anche le previsioni sembrano le più favorevoli, gl'insuccessi sono frequenti e l'operatore, prima di accingersi ad intervenire in un soggetto ammalato di tumore maligno dello stomaco, deve sempre avvertire la famiglia che le speranze sopra un successo temporaneo si possono calcolare nella misura del 50 p. 100, e quelle per

una cura radicale, e quindi un successo assoluto, arrivano appena al 30 p. 100.

Sarebbe sempre molto, se gli apprezzamenti dell'A. non si dovessero ritenere improntati a quell'ottimismo, col quale ogni chirurgo suole considerare la propria stasiche. *c. f.*

HAMMERSCHLAG. — Contributo alla casuistica delle affezioni del nervo acustico. — (*Centralblatt für med. Wissenschaften*, 1, 1899).

In un lavorante di madreperla di 35 anni di età insorse, con febbre, una completa paralisi del facciale di destra in tutti i suoi rami, e, inoltre, una serie di alterazioni patologiche nella regione del trigemino (più propriamente nel territorio della parte sensitiva), e del nervo acustico dello stesso lato. Che si trattasse di una partecipazione del primo ramo del trigemino, lo provava la mancanza della secrezione lagrimale, associata a senso di secchezza dell'occhio: deponevano in favore d'una partecipazione del secondo ramo, l'anestesia della mucosa della guancia e l'erpate zoster del padiglione dell'orecchio.

L'A. ritiene che la diminuzione di facoltà uditiva constatata nell'infermo debba essere attribuita — considerando soprattutto le vertigini, il vomito, il nistagmo, e il reperto negativo della membrana del timpano — ad un'affezione dell'apparecchio di percezione del suono, ossia al nervo acustico. Circa la natura della malattia, l'A. esprime il parere che si sia trattato di una paralisi reumatica dei tre suddetti nervi cranici.

E. T.

B. O. COADES. — L'uso del cistoscopio nelle lesioni della vescica, dell'uretra e dei reni. — *Medical Record*, dicembre 1898).

Il valore diagnostico del cistoscopio non è, secondo, l'A., ristretto alle sole malattie della vescica, ma si estende, in molti casi, a quelle dei reni con considerevole esattezza. Non solo col suo aiuto si può spesso determinare se la vescica e i reni siano ammalati, bastando a determinar ciò l'evidenza negativa di un'affezione vescicale, ma è anche possibile distinguere se uno solo o ambedue i reni funzionino in modo normale.

Si obietta che il cistoscopio fallisce in talune circostanze, e questo, sino ad un certo punto, è vero, ma si possono eliminare molti inconvenienti, purchè si tengano ben fissi alcuni precetti essenziali.

1. L'istrumento non deve essere passato con troppa violenza, specialmente in pazienti, che abbiano la prostata anormalmente ingrandita, o quando l'uretra è molto tortuosa, poichè allora sono facili le lacerazioni, e il sangue o si agglutina ai fori dell'istrumento o si mescola coll'urina contenuta in vescica e in ambedue i casi non si raggiunge lo scopo.

2. Quando il meato urinario è troppo ristretto in modo da non lasciar passare una sonda francese n. 22, bisogna incidarlo, previa un'iniezione di cocaina.

3. Se trovasi in vescica sangue o pus in tale quantità da rendere l'urina non trasparente, si può rimediare col lavare la vescica mediante acqua distillata, o meglio ancora con una soluzione borica.

4. In taluni casi nei quali la vescica è spasmodicamente contratta per ulcerazioni tubercolari o di altra natura, basta in generale una soluzione di cocaina al 2 p. 100 per far dissipare lo spasmo.

5. In alcune deformità, come una coscia anchilosata, una pelvi deforma, una spina cifotica può bastare una leggera inclinazione della persona per ottenere un esame soddisfacente.

C. F.

MANNABERG. — Contributo alla casuistica delle lesioni multiple dell'intestino. — (*Centralblatt für Chirurg.*, n. 14, 1898).

In un caso di ferita per arma da fuoco al ventre interessantissimo specialmente per il grande numero di ferite dell'intestino, Wolfier ottenne favorevole risultato mediante atto operativo praticato 6 ore dopo il ferimento. La palla di revolver di 6 mm. sparata a distanza minore d'un metro, aveva prodotto 17 ferite nella porzione inferiore dell'ileo (16 perforazioni ed una ferita strisciante), le quali tutte vennero suture in direzione trasversale. Per mettere allo scoperto il foro d'uscita situato all'attacco del mesenterio, fu necessario praticare molteplici spaccature del mesenterio stesso. Inoltre si dovette allacciare un grosso ramo dell'ar-

taria mesenterica superiore, il quale era stato colpito dal proiettile. L'autore, nel riportare questo caso, prende occasione per fare delle osservazioni critiche sul valore della statistica delle guarigioni e precisare meglio le indicazioni della cura operativa. Nessun chirurgo, a suo avviso, dovrebbe aver più alcun dubbio sulla opportunità di una pronta laparotomia quando sia accertata la lesione intestinale od anche sia soltanto probabile, e, ben inteso, quando lo stato dell'infermo sia tale da consentire l'operazione. Nei casi dubbi sarebbe sempre da raccomandarsi a scopo diagnostico la dilatazione della ferita d'entrata, da praticarsi preferibilmente dopo l'anestesia locale per infiltrazione col processo di Schiercher.

C. P.

SEHRWALD. — La determinazione della sede d'un corpo estraneo alla profondità del corpo mediante i raggi Röntgen — (*Centralblatt für Chir.*, n. 34, 1908).

Sehrwald stabilisce in modo molto semplice e con precisione matematica la sede di un corpo estraneo in base al principio secondo il quale la situazione di un punto in un piano si può determinare con due linee rette che s'intersecano.

Si osservi per esempio collo schermo fluorescente un torace portante nel suo interno un piccolo pallino di piombo e tenendo la testa ferma, sulla superficie anteriore del torace si faccia un segno che copra l'ombra del corpo estraneo, ed un secondo segno uguale al primo si fissi alla superficie posteriore del torace. Con ciò si è stabilito una linea retta passante per il corpo estraneo. Facciasi poi girare il paziente a destra od a sinistra e si segni nuovamente l'ombra nello stesso modo alla superficie anteriore e posteriore del torace. In tal modo si ottengono le due linee richieste, le quali giacendo entrambi sul piano orizzontale indicano la profondità del pallino.

Per marcare i punti terminali delle linee, Sehrwald adopera una sottile sonda metallica, che all'estremità libera è leggermente tinta di anilina.

Per segnare con sicurezza è d'uopo che tra il corpo del malato e il diaframma fluorescente vi sia la distanza almeno di una mano.

Secondo Sehrwald dovrebbe quindi riuscire assai facile trovare la sede precisa del corpo estraneo riunendo i due punti

terminali delle linee, che son più vicini al corpo estraneo, con una retta e dal punto d'intersezione delle linee suddette far cadere una perpendicolare, sul decorso di questa perpendicolare si può incidere con certezza di trovare il corpo straniero.

C. P.

WILLIAM F. CAMPBELL. — Il proiettile delle piccole armi moderne e ferite che producono. — (*Medical News*, I. LXXIII, p. 577)

Le armi moderne, a qualunque modello esse appartengano, hanno un certo numero di qualità comuni. La loro traiettoria è tesa, la loro velocità iniziale considerevole, la loro rapidità è pressoché uguale, e la pallottola è costituita da un corpo di piombo coperto da una camicia di nickel. Dalle esperienze sul cadavere e nella recente guerra ispano-americana, risulta che la gravità della ferita decresce a misura che aumenta la distanza. La prima divisione è riconosciuta come zona esplosiva: il proiettile arrestato ha un'azione esplosiva e produce distruzioni terribili dei tessuti. Il Bruns limita la zona esplosiva sul terreno a 265 metri circa. È utile ricordare l'esperienza di von Coler, che tirò sopra un crano pieno a 30 metri circa: la pelle era frastagliata, le ossa erano scheggiate, il cervello era ridotto ad una poltiglia sanguinante.

Al di là di questa distanza, il proiettile attraversa i tessuti producendo una ferita netta e regolare, finché non ha perduto troppa forza. A maggiori distanze, il proiettile, molto rallentato, produce lacerazioni estese dei tessuti.

Le ferite delle armi moderne sono regolari e la loro cura consiste nel mantenerle tali.

Le ossa lunghe, colpite nella loro diafisi, subiscono profonde ed estese alterazioni: alla loro estremità le ossa corte soffrono meno: le complicazioni articolari sono rare, e le amputazioni poco numerose.

Pochi proiettili si trovano nel corpo, a cagione della loro grande velocità e del potere penetrante della pallottola coperta d'acciaio. L'uso dei raggi Röntgen e di un'unità indiscutibile, e il chirurgo trova in essi un aiuto preziosissimo.

La vita del paziente gravemente colpito, è nelle mani del chirurgo che fa la prima medicatura.

Le emorragie primarie sono la causa della maggior parte delle morti sul campo di battaglia. Bisogna insegnare ai soldati a conoscere il decorso dei vasi principali ed a saper arrestarne l'emorragia.

E. T.

HANNECART (Bruxelles). — Presentazione di radiografie.
— (*Annales de la société Belge de Chirurgie*, n. 9, 1899).

Nella seduta del 21 gennaio del corrente anno della società Belga di chirurgia, il dott. Hannecart presentò alcune interessanti radiografie, eseguite in collaborazione col dottor Maftel.

1. *Calcolo renale sinistro.* La diagnosi di litiasi fu confermata dalla radiografia, la quale presenta, a qualche centimetro in fuori e a destra (la *posizione* è sempre inversa) della colonna vertebrale, a livello dell'articolazione della prima e seconda vertebra lombare, un'ombra ben distinta, lunga 1 cm. e larga 6 mm. circa.

Fu praticata la nefrolitotomia per via lombare, e la forma del calcolo che si estrasse corrispose perfettamente a quella dell'ombra constatata nella radiografia.

2. *Corpi estranei:*

a) *Palla di revolver penetrata nel corpo della quarta vertebra cervicale.* — Tentato suicidio il colpo, tirato in bocca, era diretto dall'avanti all'indietro. La radiografia permette di vedere, nel corpo della quarta vertebra cervicale, una macchia ovale a grande asse trasversale, che misura circa 1 cm. Estrazione, guarigione;

b) *Frammento di vetro.* — Il vetro non è punto opaco ai raggi X. come si affermava in principio. Più è lunga la durata dell'esposizione, più esso è attraversato ed è meno visibile l'immagine che esso lascia sulla lamina fotografica. La radiografia presentata dall'Hannecart offriva un ben manifesto disegno di quel corpo estraneo; e tale risultato favorevole è dovuto alla breve durata della posa.

3. *Muscoli, tendini e legamenti* — La radiografia permette di constatare non soltanto lo stato delle ossa, ma anche delle parti molli. L'A. presenta la prova d'un ginocchio, radiografato trasversalmente, sulla quale si vedono ben distintamente i legamenti crociati intra-articolari. In una seconda prova, si disegna il muscolo tricipite, il suo tendine e il legamento rotuleo.

4. *Frattura intra-articolare del collo del femore* — La diagnosi, basata sui sintomi presentati dal malato, era molto dubbia.

La prova radiografica dimostra l'esistenza d'una frattura intra-articolare, in cui i frammenti son mantenuti in contatto l'uno con l'altro dalla loro reciproca penetrazione.

E. T.

BECK. — *La cura del pitorace.* — (*Centralblatt für med. Wissenschaften*, 53, 1898).

L'A. ritiene che l'operazione radicale, ossia la resezione costale, sia l'unico rimedio veramente logico contro l'empiema. Egli respinge tutti i metodi aspiratori perchè con essi non è possibile di allontanare i grossi coaguli di fibrina, che si trovano nel 70 % dei casi, e perchè questi coaguli, essendo causa di ritenzione, ritardano o impediscono la guarigione.

Nell'esecuzione della resezione costale, che si deve praticare quanto più presto è possibile, il Beck sconsiglia l'eterizzazione e raccomanda molta cautela nell'uso del cloroformio. Ritiene pericolosa l'anestesia locale con la cocaina, e raccomanda, invece, il refrigeramento della cute con etere o col cloruro di etile.

Quando è possibile la scelta, l'A. resoca la settima costola nella linea ascellare media; e per proteggere la superficie cruenta dal pus, si spalma dell'etere jodoformico.

Dalla cavità pleurica aperta devono essere rimossi tutti i coaguli.

Per la lavatura della pleura s'impiegherà una soluzione sterilizzata di cloruro di sodio, e nell'empiema putrido, una soluzione di sublimato all'1/5000. Per ricoprire i margini della ferita e, nello stesso tempo, per tenere aperta la cavità si suturerà la pleura costale con la cute.

Per la cognatura, l'A. non si serve più da molto tempo dei tubi di gomma, ma usa la garza, con cui la cavità viene detersa meglio e più rapidamente.

Nei primi giorni, la medicatura deve essere rinnovata ogni 24 ore; più tardi, può rimanere in posto anche due o tre giorni.

E. T.

R. STECCHI. — **L'asportazione della safena magna.** —
(*Rivista veneta di scienze mediche*, 31 marzo 1899).

L'A. fa da prima rilevare l'inutilità e gli inconvenienti dei mezzi palliativi nella cura delle varici delle estremità inferiori. Parla quindi dei vari metodi di cura chirurgica adoperati in tali casi. Si sofferma specialmente su quello del Trendelenburg, che viene primo anche cronologicamente, consistente nella resezione di un breve tratto di safena, dimostrando come esso riesca bensì a sottrarre il territorio della safena all'influenza nociva del peso della colonna reflua di sangue, ma non arrivi poi a liberarlo del tutto dal ristagno venoso ed a far riprendere alla corrente di ritorno la sua consueta velocità. Parla del metodo Moreschi adatto, specialmente per la cura radicale di estese ulcere varicose, consistente nel circoscrivere l'ulcera con un taglio circolare della pelle a qualche centimetro sopra di essa, e con un secondo taglio pure circolare a due centimetri sopra i malleoli, allacciando poi tutte le boccucce delle vene e lasciando guarire le ferite per granulazione.

Infine proclama migliore di tutti, nella cura chirurgica delle varici, il metodo di Madelung, vale a dire dell'esportazione per esteso della safena. Dimostra la razionalità di tal metodo, ammettendo che con esso si tolgono moltissime delle condizioni che favoriscono la stasi, e ciò perchè, asportate le più grosse varici, la zona occupata dalle flebectasie diviene più ristretta, e perchè il sangue che dalla periferia muove verso il centro sarà costretto a riversarsi subito in parte nelle vene profonde, in parte nella safena esterna non trovando più i grandi tronchi ectasici per ristagnarvi. Cita una statistica di undici casi da lui curati in tal modo, in qualcuno dei quali asportò la safena magna in tutta la sua lunghezza, in altri ambedue le safene interne ugualmente per tutta la loro lunghezza. Tutti gli operati guarirono per prima intenzione e qualcuno, dopo tre anni circa dall'operazione, non presentava traccia a cuna di nuove ectasie varicose all'arto operato. Conclude affermando:

1° Che nell'affezione varicosa degli arti inferiori la terapia chirurgica è la più razionale.

2° Che l'operazione da preferirsi è l'escissione alla Madelung.

3° Che i risultati remoti confortano a seguire una tal linea di condotta.

G. B.

V. DE HOLSTEIN. — **La frattura dei metatarsi provocata dalla marcia.** — (*La Semaine medicale*, 1899, n. 24).

. Già da tempo ha richiamata l'attenzione dei medici militari francesi e tedeschi un'affezione dell'avampiede, che suole verificarsi in seguito a manovre, ad esercizi ginnastici ed anche ad una marcia prolungata pel soldato di fanteria, e che è caratterizzata soprattutto la tumefazione del dorso del piede con dolore più o meno vivo a livello dei metatarsi ed impotenza funzionale sconosciuta nella sua vera patogenesi, e stata indicata con vari nomi, come *storta metatarsica* (Breithaupt, Nimier), *sindesmite metatarsa* (Weisbach), *periostite da fatica* (Laub), *periostite osteoplastica dei metatarsi* (Pauzat), *osteoepperiostite reumatica dei metatarsi* (Poulet), *osteo-periostite ossificante dei metatarsi* (Busquet). Nimier l'ha pure chiamata *piede forzato*, come i medici militari tedeschi l'hanno indicata col nome di *edema del piede*, *gonfiore del piede*.

Oggi le ricerche radiografiche hanno dimostrato che trattasi realmente di frattura dei metatarsi e che non costituisce l'appannaggio del solo soldato di fanteria, ma può riscontrarsi anche in coloro, che per la loro professione sono costretti a marce prolungate.

D'ordinario si osserva nel soldato di fanteria al primo anno di servizio, in seguito a marce col carico dell'equipaggiamento. Sopravviene bruscamente un dolore al piede o per un passo falso, o per urto contro un ostacolo, od anche per causa non apprezzabile; l'individuo può continuare la marcia, ma dopo qualche ora si ha tumefazione edematosa del piede in corrispondenza dei tre metatarsi medi, e qualche volta ecchimosi sotto forma di macchie violacee o verdastre, sia sulla parte edematosa, sia sulle dita. La palpazione fa rilevare un punto doloroso sopra uno dei metatarsi, spesso il secondo; in vari casi si è pure percepito lo scricchiolio a livello di un metatarso (Kirchner). Più tardi a livello del punto doloroso si nota un inspessimento anulare o fusiforme, che nella maggioranza dei casi non è altro che il callo dovuto al consolidamento della frattura.

La radiografia dimostra, anche quando non si è avuto lo scricchiolio, la frattura per lo più d'un solo metatarso, a forma trasversale od ancora a forma di V. raramente a becco di flauto; lo spostamento dei frammenti d'ordinario non si verifica.

Come si producono queste fratture? In una marcia la parte anteriore del piede subisce sempre una certa violenza, sia per gli urti contro le ineguaglianze del terreno, sia pure perchè durante una corsa o dovendo montare un'erta tutto il peso del corpo gravita sull'avanpiede, mentre la parte posteriore viene tenuta più o meno discosta dal suolo (Stechow). Con la radiografia si vede il 2°, 3° e 4° metatarseo sorpassare di molto in avanti la retta che unisce le teste del 1° e del 5°. Ora un colpo anche lieve, agendo sull'avanpiede dallo innanzi allo indietro, può in certe condizioni non più portarsi unicamente sul 1° metatarseo, che è il più saldo di tutti, ma trasmettersi per intero sopra uno dei tre metatarsei medi. Se agisce in senso obliquo rispetto all'osso, quest'ultimo può deviare lateralmente, ma se la direzione, secondo la quale la pressione od il colpo opera, coincide con l'asse longitudinale del metatarso, può risultare una frattura. Questa generalmente si verifica alla parte media del metatarso; si produce più facilmente quando, sotto l'influenza della fatica, i muscoli indeboliti non mantengono le ossa del piede in una posizione conveniente.

Queste fratture in genere sono benigne; ma se restano sconosciute o se non sono sottoposte ad un trattamento appropriato, possono dare gravi conseguenze rispetto all'attitudine funzionale del membro. Perciò in ogni caso di *piede forzato* è sempre bene tener presente la possibilità d'una frattura metatarsea e trattarla in conseguenza.

Prima indicazione, riposo a letto, con questo la tumefazione presto sparisce ed il dolore si dissipa; resta solo una certa sensibilità alla pressione in corrispondenza del callo, sensibilità che ancor essa svanisce nel corso della 2° o 3° settimana. Se il marciare provoca dolore allo stesso punto, se si ha lieve tumefazione delle parti molli, è segno che il callo non è completamente consolidato e sarà bene continuare il riposo a letto. L'individuo non deve riprendere servizio, se non dopo essere rimasto alzato per vari giorni, portando senza sofferenze la sua calzatura abituale e senza che si veda riapparire il gonfiore. Schultz da *l'exeat*, quando ha visto che l'individuo può camminare sulla punta del piede, senza sentire il minimo dolore.

Il riposo a letto costituisce il principale trattamento di questa affezione, possono giovare, come mezzi sussidiari, la posizione elevata del piede, e applicazioni di compresse ba-

gnate, ecc. La immobilizzazione del membro è combattuta da Kirchner e Thiele, che in molteplici casi hanno visto determinare la rigidità del piede e prolungare il trattamento curativo. Questi autori sconsigliano pure il massaggio precoce, preconizzato da Würtz.

La frattura guarisce, anche quando vi sia lieve spostamento dei frammenti, senza che venga richiesto di assicurarne la riduzione, la quale d'altra parte è molto difficile a realizzarsi. cq.

DELANGRE. — La laparotomia nella peritonite tubercolare. — (*Annales de la société Belge de Chirurgie*, n. 9, 1899).

L'O. riferisce sette casi di peritonite tubercolare in cui praticò la laparotomia e, dopo alcune considerazioni, conclude nel seguente modo.

1. La peritonite tubercolare abbandonata a sé stessa può, in via eccezionale, guarire spontaneamente: è per tale ragione che la cura medica impiegata nella forma fibrosa, di cui si conosce l'evoluzione fibro-formatrice, e, per conseguenza, la tendenza spiccata alla guarigione, diede talvolta dei risultati favorevoli.

2. La cura di elezione di tutte le forme, risiede nella terapia chirurgica, in cui la laparotomia deve occupare il primo posto, perchè la mortalità è nulla, e perchè i suoi risultati sono superiori a tutte le punture, le quali espongono, inoltre, alla perforazione intestinale nelle forme poco o non ascitiche.

3. I risultati lontani della laparotomia sono variabili, in questo senso, che gli operati — da questo speciale punto di vista — si dividono in tre gruppi: i primi vegetano, e non tardano a morire; questo gruppo è costituito dai malati che presentano la forma più grave, la peritonite caseosa o ulcerosa, o anche da individui affetti da tubercolosi del peritoneo caduti in marasma e operati all'ultima fase dell'affezione.

I secondi vivono migliorati per qualche anno, e a questo gruppo appartiene una parte di operati con antecedenti tubercolari.

Finalmente il terzo gruppo comprende i malati in cui la laparotomia fu il punto di partenza d'una guarigione definitiva; e il numero di questi ammalati aumenterà di grado in grado

se si decidera ad intervenire non appena la diagnosi è nettamente stabilita.

4. La laparotomia è un'eccellente operazione quando è fatta presto; ma essa rappresenta un intervento nocivo allorché è praticata negli ultimi stadi dell'affezione, poiché espone allo shock operatorio, ed offre poche speranze di miglioramento, anzi qualche volta offre la fine.

5. L'invasione tubercolare d'uno degli apici polmonari e la pleurite sierosa con minimo essudato, non sono controindicazioni assolute: invece la tubercolosi miliare acuta, le lesioni polmonari estese, la tubercolosi del fegato, del rene, dell'intestino sono controindicazioni formali all'intervento chirurgico.

6. La riproduzione dell'ascite dopo la laparotomia, sarà trattata, secondo i casi, o con una nuova laparotomia, o con mezzi più semplici, come la puntura ripetuta, il massaggio addominale, le perniellature con il collodio iodato ecc., che talvolta bastarono ad assicurare una guarigione definitiva.

E. T.

G. SOCOR. — Otite media suppurata seguita da complicazioni meningee — Morte. — (*Bulletin de la société des medecins et des naturalistes de Jassy*, n. 1, 1889).

Le otiti suppurate dell'orecchio medio sono consecutive il più spesso all'influenza. L'infiammazione si propaga per la mucosa naso-faringea, e per questo è indicato di fare la disinfezione regolare di questa regione come mezzo profilattico. L'A. riporta il seguente caso: C. C. di anni 25 entra all'ospedale con dolori violenti alla testa e all'orecchio destro. Suppurazione a destra e tumefazione retroauricolare fluttuante e dolorosa. Apertura dell'ascesso. Colla sonda si riconoscono due vie, una che comunica col condotto uditivo esterno e un'altra che si avvanza nella cavità del cranio. Il malato, dopo un breve miglioramento, è preso da fenomeni meningitici e muore al 4° giorno. All'autopsia si trova del pus in grande quantità fra la pia e l'aracnoide. Sulla rocca destra un punto necrotico con perdita di sostanza alla parete anteriore e sulla faccia posteriore un sequestro.

L'A. fa seguire queste riflessioni:

1° La trapanazione delle cellule mastoidee non avrebbe potuto sollevare il malato, perché all'entrata all'ospedale vi

era già un focolaio di suppurazione che comunicava con la cavità cranica.

2° Sulla statistica di Otto Kerner, di 151 casi di otite con complicanze meningee intracraniche, 90 casi furono a destra e 57 a sinistra.

Ciò è dovuto al fatto che presso i *brachiofali*, il seno laterale avanza più verso la rocca destra che verso la sinistra, e questo porta che dal lato destro la cavità cranica è più prossima alla cavità del timpano.

Circa la 1ª riflessione dell'autore noi dobbiamo dire che in casi simili, anche con sintomi cerebrali in atto, è dovere del chirurgo di non limitarsi alla semplice apertura dell'ascesso e alla disinfezione superficiale, ma egli non deve trascurare l'apertura della mastoide e delle altre cavità dell'orecchio medio. Nei casi con sintomi minacciosi, come quello riportato, è consigliabile in primo o in secondo tempo anche la trapanazione del cranio per andare alla ricerca del pus per quanto profondamente situato. Qualche volta l'operazione non riuscirà a salvare l'infermo, ma le guarigioni si registrano oggi in tutte le cliniche e l'intervento attivo dà una statistica sempre più favorevole. M.

LUCAS-CHAMPIONNIERE. — **Le ernie e la bicicletta.** —
(*Journal de medec. et de chirurg.*, 10 febbraio 1899).

A proposito di una comunicazione fatta dal dott. Loir direttore dell'istituto Pasteur di Tunisi circa alla guarigione di un'ernia inguinale per mezzo della bicicletta, l'A. cita altri casi del genere, fra i quali uno che gli è personale, dimostra che non tutte le specie di sforzi sono fatali per l'ernia, che gli esercizi del corpo debbono essere continuati essendo il movimento per gli erniosi, come per tutti, una condizione indispensabile per la salute. Egli dice di aver sempre consigliato agli erniosi gli esercizi dello sport regolando la maggiore o minore potenzialità dei conti erniari col genere degli esercizi stessi.

L'uso della bicicletta per gli erniosi è preziosissimo. Prima di tutto la bicicletta sopprime la situazione verticale la quale è favorevole alla discesa dell'ernia; poi sopprime le oscillazioni verticali del centro di gravità le quali producono una grande fatica ed agiscono nel medesimo senso dannoso della situazione verticale, essa costituisce inoltre un esercizio at-

tivo il quale è fonte di salute perchè sviluppa la forza muscolare e specialmente quella dei muscoli del tronco, rinforza progressivamente l'azione del cuore e del polmone, attiva gli scambi e l'assimilazione organica, si oppone all'ingrassamento che costituisce la condizione capitale di accrescimento delle ernie e la condizione la più temibile di indebolimento delle pareti addominali il quale apre la via a tutte le complicazioni della patologia erniaria. Una legge però deve dominare in materia di esercizi muscolari e la bicicletta non sfugge alla medesima. Questo esercizio deve, come tutti gli altri, essere appreso progressivamente, inoltre deve essere disciplinato in modo speciale riguardo alla velocità e al correre in salita. L'ernioso deve avere il massimo riguardo nell'evitare queste due condizioni di cose, oltre di che deve montare una bicicletta poco elevata e porsi su di un sellino situato sensibilmente dietro ai pedali.

L'A. dice di aver prescritto l'uso della bicicletta a un numero considerevole di erniosi non solo, ma di aver tratto un partito speciale dall'azione favorevole della medesima nei suoi operati di cura radicale d'ernia. A questo proposito, mentre consiglia gli operati di non fare sforzi violenti durante i primi mesi che seguono l'atto operativo, specialmente la scherma e l'equitazione. li incoraggia invece a riprendere al più presto l'uso della bicicletta. te.

L. LANDI. — La chirurgia delle vie urinarie all'estero. —
(Relazione al Consiglio degli istituti ospitalieri di Milano, 1898).

L'A. vinto il concorso per il premio Paravicini, che tassativamente l'obbligava a studiare la chirurgia delle vie urinarie all'estero, si recò a visitar le cliniche per le affezioni urinarie dei vari paesi di Europa, soffermandosi specialmente in quelle di Guyon a Parigi ed al *S. Peter's Hospital for stone* di Londra; ed il presente lavoro altro non è che il frutto diligente delle numerose osservazioni praticatevi. Della clinica di Guyon (nell'ospedale Necker) narra come rappresenti un modello del genere, fornita di locali adatti, bene arredati, provvisti di tutto quanto può occorrere per le più minute e recenti ricerche scientifiche. Vi descrive il metodo di esame degli ammalati e le precauzioni antisettiche costantemente usatevi. Parla a lungo del *S. Peter's Hospital for stone*, no-

tevole per la pulizia e l'eleganza, anzi lusso, qualità che del resto non gli sono particolari, ma che è in comune con quasi tutti gli altri ospedali di Londra. Nota la facilità che hanno gli Inglesi di anestetizzare anche per piccole e quasi indolori operazioni, e come usino a preferenza il protossido di azoto al principio della anestesia che poi continuano con l'etere, mentre spesso si servono anche di una miscela cloroformizzante denominata di A. C. E., vale a dire composta di una parte di alcool, due di cloroformio e tre di etere (1). Ricordata la divisione che il Guyon fa dell'uretra (porzione navicolare, peniana, scrotale, perineo-bulbare, membranosa e prostatica) e dimostratane la razionalità, descrive e dimostra come nell'esame della stessa sieno utili le candelette a boule dello stesso Guyon, graduate ad $\frac{1}{2}$ di millimetro, con le quali si percepisce netta la sensazione di una difficoltà a procedere e quella di un ben marcato gradino nel ritirare la bolla. Accetta la divisione delle cistiti proposta dal Guyon e basata sulla eziologia delle medesime (2). Parla a lungo della cistite dei prostatici, e specialmente della sua eziologia secondo le idee del Thompson, del Fenwick e dell'Harrison. Descrive

(1) Mistura narcotizzante adoperata anche in Germania sotto il nome di miscela di Billroth. (Nota del referente).

(2) Il Guyon fa delle cistiti la seguente divisione.

1° Cistite blenorragica conseguenza diretta di uretriti blenorragiche mal curate, specialmente con le iniezioni uretrali, oppure con cateterismo vescicale attraverso ad un'uretra affetta da blenorragia

2° Cistite tubercolare primaria o secondaria

3° Le cistiti del calcolo: nelle quali o il calcolo può esser causa della cistite, oppure la cistite è la prima a comparire ed il calcolo (fosforico) è dovuto alla fermentazione alcalina dell'urina e conseguente precipitazione dei fosfati.

4° Cistite da stringimento uretrale per meccanico impedimento dell'uscita dell'urina.

5° Cistite dei prostatici; questi essendo dei congestivi al massimo grado, bastano piccole occasioni (ostacolo prostatico all'uscita dell'urina, congestioni viscerali a frigore o portate da qualche eccesso di regime o da eccitamenti venerei per provarla).

6° Cistite dei neoplastici, da congestioni dell'organo, dovuta al lavoro di nutrizione del tumore.

7° Altre cistiti di minore importanza sia per la loro transitorietà, sia perchè non sono che epifenomeni di altre malattie, sono date da speciali alterazioni dell'urina come la cistite da cantaridi, la cistite medicamentosa (da solfato di chinino, da ioduro di potassio, balsamici, morlina, diuretici, ecc.) cistite per introduzione di microrganismi dall'esterno, per contatto con materie stercoracee o pus proveniente da altra parte (dai reni o da ascessi pericistici), cistiti nelle affezioni midollari, reumatiche, gottose, ecc

la idronefrosi intermittente, forma clinica da poco ben studiata, consistente in un'accumulazione di liquido nel bacinetto che si svuota completamente per riempirsi di nuovo più tardi. Il tipo clinico ne è costituito dall'aumento di volume del rene accompagnato da dolore in corrispondenza del lato affetto, con diffusione lungo il decorso dell'uretere. L'insorgere di questo dolore è talora brusco talora lento, e può durare ore e giorni per poi cessare bruscamente con un'abbondante diuresi.

Nella seconda parte del suo lavoro l'autore descrive i numerosi, vari, nuovi strumenti da lui visti adoperare. Fra essi meritano speciale menzione la *Bang's filiform bougie*, usata nel S. Peter's Hospital di Londra, consistente in una bugia di osso di balena, lunga circa 50 centimetri, la quale cominciando sottilissima come una minugia, va man mano aumentando fino a raggiungere la grossezza circa del n. 20 della linea Charrière. Questa bugia si ripiega in vescica e così si può spingere più o meno a seconda della dilatabilità dello stringimento. L'altra è il: *Tunnled instrument*, consistente in una fine bugia filiforme di osso di balena, che fa da guida, e di un catetere perforato all'estremità, cosicchè può scorrere sulla bugia allora quando questa venne passata in vescica e superare con facilità uno stringimento che altrimenti sarebbe rimasto impervio ad un catetere dello stesso diametro. Nota di non aver mai viste impiegare, tanto a Parigi come a Londra, sonde metalliche per il cateterismo evacuatore ed irrigatore della vescica, mentre quelle di gomma costantemente usate, vengono sterilizzate lavandole prima con acqua e sapone poi con sublimato, quindi asciugate e poste in un cassone di legno foderato di piombo, chiuso ermeticamente, nel cui fondo in apposito recipiente si pone la formalina pura. Si lasciano esposte ai vapori di tale sostanza per 48 ore. Ugualmente non vide mai adoperata, per la lavatura della vescica, la sonda a doppia corrente, specialmente perchè, come dice l'Harrison, non vi è alcuna ragione di creare una corrente simultanea d'ingresso e di uscita del liquido a spese del calibro di essa.

Finalmente parla degli strumenti inventati per la cistoscopia e pel cateterismo degli ureteri. Accennato ai cistoscopi e a quelli di Leiter e di Nitze, descrive minutamente quello presentato dal A. barran al Congresso francese di urologia dell'ottobre 1897, strumento che serve nello stesso tempo per la cistoscopia e il cateterismo degli ureteri. In complesso è una modificazione del cistoscopio di Nitze, mu-

nito di lampadina elettrica più potente, cui venne aggiunta nella parte superiore una semidocia, nella quale scorre una sonda che dovrebbe servire al cateterismo dell'uretere illuminato e reso visibile dal cistoscopio. L'autore dice che tale cateterismo riesce con un po' di pratica relativamente facile e ne enumera gli indiscutibili vantaggi (1).

Il rimanente del libro, improntato ad un gran praticismo, parla dei varii atti operativi delle vie genito-urinarie, rivestenti caratteri di novità. Così della resezione totale dell'uretra col metodo dell'Albarran, così della cura dell'ipertrofia prostatica col metodo e con l'apparecchio ideato dal nostro Bottini, e della cura di tale infermità con la prostatectomia perineale suggerita dal Tiedemann. Questa operazione consiste nel praticar la sezione perineale dell'uretra membranosa, e di lì introdurre nella prostatica un dito col quale, e con un bisturi sottile, praticare la divisione del lobo medio. Egli riserva la prostatectomia soprapubica per casi nei quali il lobo medio protrude in vescica con una massa più o meno pedunculata, quando il cateterismo e gli altri mezzi di simil genere hanno fallito. Continuando a parlare dell'ipertrofia prostatica, descrive l'angionevrectomia del cordone proposta dall'Albarran. Tal metodo operativo consiste nel resecare in una piccola estensione tutti i vasi e nervi del cordone spermatico, eccettuata l'arteria deferenziale ed una o due vene che l'accompagnano, per garantire la nutrizione ed impedire la gangrena del testicolo. Si fa un'incisione cutanea lunga 4 centimetri sul margine esterno dello scroto, si incide la tunica fibrosa, s'isola il dotto deferente con l'arteria deferenziale e qualche piccola vena e si recide tutto il resto del cordone fra due legature poste a circa due centimetri l'una dall'altra. Però conclude che nulla si può dire ancora sui risultati di tale operazione. Termina rilevando la gran importanza oggi assunta dalla specialità delle vie urinarie, facendo notare come anche nella medicina oggi avvenga quello che si verifica in ogni scienza ed in ogni arte, vale a dire che la divisione del lavoro permette di raggiungere insperati perfezionamenti e successi.

Tale divisione, a somiglianza delle nazioni più progredite d'Europa, egli si augura di veder messa in pratica anche presso di noi.

G. B.

(1) Altri ed accreditati autori ritengono invece tal pratica chirurgica assai difficile e per il paziente dolorosissima. (Nota del referente).

HALSTEAD. — **Trattamento degli accessi del polmone.** —
(*Progrès Médical*, n. 4 del 1899).

L'autore dopo aver passato in rivista le principali cause di infezione capaci di generare l'ascesso acuto del polmone o la caucrena polmonare, mette come massima che il trattamento chirurgico è il solo che dia al malato qualche speranza di guarigione. Convien dunque operare il più presto possibile e fare immediatamente la pneumotomia. La puntura con o senza aspirazione, non serve e non è senza pericolo perchè espone al rischio d'infettare la pleura introducendovi del pus. L'A. descrive poi la tecnica operatoria: dopo eseguita la resezione di una o più coste, si passa alla ricerca dell'ascesso: « molto importante, prima di procedere oltre, di accertarsi se vi sono o no aderenze pleuriche; l'ulteriore condotta difatti differisce nei due casi. Se non ne esistono bisogna provocarne la produzione artificialmente, e diversi mezzi sono stati proposti per ottenerle. Quincke provoca una pleurite fibrinosa applicando del cloruro di zinco sul foglietto parietale, dopo cinque o sei giorni, quando le aderenze sono abbastanza resistenti, prosegue l'operazione. Roux riunisce una all'altra le due superficie pleuriche suturandole attorno alla zona d'indurimento, che corrisponde all'ascesso e dà immediatamente fine all'operazione. Altri chirurghi suturano ugualmente, ma lasciano passare qualche giorno per proseguire. L'autore, dopo numerosi esperimenti fatti su cani, riconobbe con Quenu che è molto difficile poter suturare il foglietto parietale con quello viscerale senza aprire la pleura; inoltre questa sutura non dà solide aderenze, mancando la infezione.

Ecco ciò che egli consiglia: fare sul foglietto parietale una piccola apertura che permetta il passaggio di un dito in modo che questo dito penetrandovi impedisca la brusca invasione di una grande quantità d'aria; il dito così introdotto va ad esplorare la superficie del polmone e a ricercarne la lesione; la regione in cui ha sede il male, viene allora attratta verso la piaga e fissata con dei punti di sutura. Se si riscontra la lesione troppo lontana dall'apertura, non si deve esitare a stabilirne una seconda di fronte ad essa e a richiudere la prima. Quindi si aspetta che passino due o tre giorni e si può allora aprire l'ascesso con tutta sicurezza. Ci sono dei casi in cui la gravità degli accidenti impongono d'aprire lo

ascesso senza ritardo. Allorché esistono solide aderenze, ciò che per fortuna avviene quasi sempre, la pneumotomia presenta minori pericoli. Una puntura esplorativa permette di localizzare l'ascesso, che si apre col bisturi o col termocauterio. Il bisturi è preferibile nei vecchi ascessi dalle pareti ispessite e sclerotiche: la cavità vuotata, vi si applica un grosso drenaggio: è pericoloso fare il raschiamento della cavità.

I risultati della pneumotomia nei casi di ascesso acuto e di gangrena sono molto incoraggianti, disgraziatamente le lesioni sono spesso multiple o bilaterali: ed in tal modo quasi sempre inutile anche l'intervento operativo. A. C.

RIVISTA DI OCULISTICA

GRIMSDALE. — **Ambliopia tossica.** — (Dal *Progrès Médical*, n. 4 del 1899).

L'autore esamina qualche forma d'ambliopia tossica e specialmente quelle che seguono l'intossicamento del tabacco o degli alcoolici.

L'esistenza delle ambliopie tossiche è nota da assai tempo, poichè gli autori erano inclinati a classificare sotto questa denominazione tutti i casi d'indebolimento della facoltà visiva, la cui causa sfuggiva all'esame diretto o oftalmoscopico.

La classificazione esatta delle ambliopie tossiche dovrebbe basarsi sulla conoscenza delle lesioni prodotte dai diversi veleni. È così che si classificano in un primo gruppo i veleni che alterano gli organi della percezione visiva a livello della retina; in un secondo gruppo, quelli che interessano il nervo ottico nella sua parte intra-oculare.

In un terzo gruppo, quelli che alterano le fibre nervose nel loro percorso dall'occhio al cervello, in un quarto finalmente quelli che alterano i centri visivi della corteccia cerebrale.

Sotto il punto di vista clinico, i due più importanti veleni come agenti dell'ambliopia tossica, sono indiscutibilmente il

tabacco e l'alcool. Ma la loro influenza rispettiva nella produzione dell'ambliopia non è facile a determinare, perchè è raro constatare casi d'intossicamento puro, da uno solo di questi prodotti.

La maggior parte dei soggetti fa uso tanto del tabacco quanto dell'alcool e presenta il più sovente dei fenomeni di avvelenamento misto.

Nei casi dell'intossicamento alcoolico acuto si osserva di preferenza l'ambliopia che fortunatamente è solo passeggera, ma il grado d'impurità dell'alcool ha un gran parte nella sua produzione.

Il tabacco è il principale agente dell'ambliopia tossica. La sua azione tossica varia secondo la sua qualità, i tabacchi inferiori contenendo maggior quantità di nicotina di quelli di prezzo maggiore.

Le condizioni generali di salute del soggetto hanno pure una grande influenza, e per lo più l'ambliopia si manifesta quando il soggetto è in uno stato di depressione. È però curioso il fatto della constatata rarità della ambliopia presso taluni popoli come i cubani e i turchi, che pure fanno un gran consumo di tabacco.

L'ambliopia tabagica viene caratterizzata da una lenta e progressiva diminuzione visiva, colpisce egualmente i due occhi. Vi si uniscono talvolta dei disturbi nella percezione dei colori.

L'oftalmoscopia non rivela alterazioni dei mezzi oculari. Al contrario l'esame del campo visuale permette di riconoscere l'esistenza di uno scotoma centrale caratteristico.

A. C.

DE BOURBON — Il bromidrato di scopolamina nella terapia oculare. — (*Progrès Médical*, n. 2 del 1899).

La terapeutica oculare ha recentemente usato il bromidrato di scopolamina, questo alcaloide estratto da una pianta della famiglia delle solanacee viene impiegato come midriatico, producendo esso una dilatazione più rapida e più durevole della atropina, senza elevare la tensione indoculare, ciò che renderà il suo uso utile nel glaucoma. Il suo impiego però non è senza pericolo, essendo stato utilizzato per prevenire il glaucoma in una donna giovane, a dose di una o due gocce di soluzione di 1 gramma su 100, l'autore os-

servò un'intossicamento dopo l'istillazione di una sola goccia, con eccitamento cerebrale, con allucinazioni; congestione della faccia, sete viva, oppressione durata parecchi giorni. In questo caso, anche facendo la parte dell'idiosincrasia, si trattò di una evidente intossicazione, che è bene non dimenticare prima di generalizzare l'impiego della scopolamina e dei suoi sali.

A. C.

SCHMIDT-RIMPLER. — Sull'ulcera rodente della cornea. —
(*Arch. f. Augenheilk.*, XXXVIII, S. 1).

L'A. ebbe l'opportunità di esaminare microscopicamente un occhio affetto da ulcera rodente della cornea. Quest'affezione appare, da principio, come un'ulcerazione stretta e lunga sulla periferia della cornea, che, a poco a poco, invade una parte sempre più grande del margine di questa, senza però estendersi in profondità, ma tendendo a portarsi sempre verso il centro. Il margine centrale è leggermente colorato in grigio e non ben delimitato: havvi perdita di epitelio. Col progredire dell'ulcera verso il centro, si formano numerosi vassellini che partono dalla periferia della cornea e che decorrono in senso parallelo; questi vasi oltrepassano il piano dell'ulcera stessa e più tardi, con l'ulteriore sviluppo di tessuto, trasformano la parte periferica dell'ulcera in una cicatrice bianchiccia vascolarizzata, mentre l'ulcera medesima, si estende sempre più verso il centro. Generalmente l'affezione termina con la formazione di un leucoma totale comprendente, cioè, tutta la cornea.

L'ulcera rodente non deve essere confusa con l'ulcera seriginosa; poichè mentre la prima procede dalla periferia verso il centro, succede il contrario per la seconda, la quale, inoltre, non ha alcuna tendenza a la perforazione.

Le osservazioni batteriologiche riuscirono in parte negative, e in parte non diedero alcun reperto specifico che valesse a rischiarare il decorso dell'affezione.

Per quel che riguarda la cura, si può dire che la distruzione del margine dell'ulcera col galvano-cauterio è di utilità incontestabile, ma non in tutti i casi. Anche la cauterizzazione, il raschiamento e l'eventuale copertura del margine con la congiuntiva, sembrano i metodi di cura più razionali, senza però che ci si possa ripromettere da essi un esito sicuro.

E. T.

DoLL NEUSCHÜLER. — L'azotato di cocaina nelle cauterizzazioni col nitrato d'argento. — (*Supplemento al Policlinico*, n. 16, 1899).

Nella pratica oculistica vi sono dei casi in cui l'applicazione del nitrato d'argento è difficile e dolorosa, come, ad esempio, nei bambini, nelle donne e in alcuni infermi nervosi e pusillanimi: e, d'altra parte, il fare — prima della cauterizzazione — un'instillazione di cloridrato di cocaina nel cul di sacco congiuntivale è perfettamente inutile, perchè forma col nitrato d'argento una sostanza bianca, che è il cloruro d'argento, insolubile nell'acqua e che rende inutile la soluzione di cocaina.

Per questa ragione l'A. ha cercato un anestetico locale che si sostituisse al cloridrato di cocaina e che non desse reazione col nitrato d'argento, e l'ha trovato nell'azotato di cocaina, già preconizzato dal Saalfeld quale anestetico delle vie urinarie.

Una lunga serie di esperienze, fatte nella Clinica del dottore Galezowski ove l'A. è assistente, confermarono pienamente le prove prima eseguite su alcuni animali.

I risultati non potrebbero essere più soddisfacenti: basta, infatti, per rendere analgesica l'applicazione del nitrato d'argento, instillare qualche minuto prima fra le palpebre alcune gocce della seguente soluzione:

Azotato di cocaina. gr. 0,50
Acqua distillata » 10

Quando si pensi alle numerose applicazioni del nitrato di argento nella pratica oculistica, si deve riconoscere tutta la importanza delle ricerche del dottor Neuschüler, che hanno condotto alla conoscenza di un preparato che insensibilizza in modo completo la mucosa congiuntivale, rendendo così di facile impiego una efficace medicazione, a cui gl'infermi si prestavano mal volentieri perchè molto dolorosa. **E. T.**

E. FUCHS — Le concrezioni nella congiuntiva. — (*Centralblatt für med. Wissenschaft.*, n. 50, 1898).

L'A. osserva delle piccole macchie grigie o giallognole, circonlate da una zona d'inezione nella congiuntiva di 112 soggetti su 517 di età media ed avanzata, principalmente

nella piega di passaggio inferiore. Se si solleva con una pinzetta la congiuntiva in quel punto in cui v'è la piccola macchia giallognola, avviene spesso che, con la pressione della pinzetta medesima, esce fuori un granulo giallo. L'A. è d'avviso che si tratti di un'affezione della congiuntiva consistente nella formazione di glandole con contemporanea infiltrazione cellulare nelle vicinanze. Queste glandole son ripiene o di una specie di liquido mucoso, o di cellule coi loro prodotti di degenerazione, o finalmente di concrezioni che hanno origine da questi ultimi elementi.

E. T.

VELHAGEN. — Atrofia ereditaria del nervo ottico — (*Centralblatt für med. Wissenschaft*, n. 51, 1898).

L'A. descrive due casi di atrofia ereditaria del nervo ottico, che colpì due fratelli dell'età di 26 e 27 anni, ed aggiunge che un terzo fratello di 24 anni pareva anch'egli affetto dalla stessa malattia. I genitori erano sani; alcuni altri loro figli morirono nell'infanzia. Sifilide, tabe, alcoolismo, ecc. erano esclusi. La malattia cominciò in uno a 19 anni, nell'altro a 25, con rapida abolizione del potere visivo. All'esame oftalmoscopico si rilevò che le pupille erano pallide in ambo gli occhi, dal lato della macula: pigmentazione regolare nei dintorni; scotoma centrale ecc. L'A. ammette che nel tronco nervoso congenitamente troppo debole, le fibre maculari, le quali sono chiamate ad un maggior lavoro, si distruggono per eccesso di funzione e diventano così il punto di partenza di fatti infiammatori nelle vicinanze.

E. T.

SEIFERT. — Sul rapporti fra le malattie del naso e quelle degli occhi. — (*Centralblatt f. med. Wissenschaften*, n. 7, 1899).

Le malattie del naso stanno in rapporto con quelle degli occhi, o propagandosi direttamente o agendo per via riflessa. L'A., già da alcuni anni, ha raccolto una larga messe di osservazioni nella clinica oculistica di Wurzburg intorno a questo argomento, che ora comunica al pubblico scientifico. In 28 casi di blenorrea del sacco non se ne trovano che due in cui non vi è concomitante malattia del naso. In altri 48 casi di affezioni dei condotti lagrimali, il naso era ammalato, senza alcuna eccezione. Le affezioni principali consistono in pro-

cessi atrofici del naso, nell'iperplasia del cornetto inferiore e in tutti quegli altri processi che ostruiscono le narici. Alle affezioni congiuntivali si associano l'eczema delle narici, le varie infiammazioni catarrali della mucosa nasale e le vegetazioni adenoidi, le quali ultime producono ritenzione di secreto.

Nella maggior parte dei casi di ulcera serpigginosa della cornea, si trova la rinite fetida atrofica. Circa il tracoma non vi sono speciali osservazioni. Di maggiore importanza sono la tubercolosi e il lupus, la cui propagazione all'occhio per condotti lagrimali non è punto rara. Fra le affezioni riflesse l'A. osserva l'epifora e il bleforospasmo, che guarirono con un adatto trattamento rimologico.

Si riscontrarono pure la rinite iperplastica, l'atrofica semplice e la fetida, i polipi e i processi suppurativi delle cavità accessorie. Nelle nevrosi ciliari, si trovarono estese sinechie il cui distacco produsse la guarigione.

E. T.

RIVISTA DI ANATOMIA E FISIOLOGIA NORMALE E PATOLOGICA

FUSARI. — Contributo allo studio delle formazioni paratiroides nell'embrione umano — (*Giorn. della R. Accad. di medic. di Torino*, anno LXII, n. 4)

L'A. ha compiuto un importante studio anatomico ed embriologico su quelle formazioni epiteliali che sono in rapporto col corpo tiroide, e che furon chiamate glandole paratiroides dal Sandström. Le osservazioni furono fatte su sette embrioni umani, e vennero estese anche ad embrioni e feti di topo, di coniglio, di gatto e di vacca. Il metodo seguito fu quello delle sezioni in serie con spessore variabile in rapporto colla grandezza dell'embrione, colorando o in massa, con bromocarmino alcoolico, o sulle sezioni stesse con ematossilina Delafield ed eosina.

I risultati principali di queste osservazioni sono i seguenti:

1° esistono nel feto umano due paia di corpi epiteliali connessi colla ghiandola tiroide, due superiori, due inferiori;

2° i due corpi epiteliali superiori sono già primitivamente connessi cogli abbozzi laterali del corpo tiroide, corrispondono quindi ai corpi epiteliali interni del gatto e di altri mammiferi. I due inferiori sono connessi in origine cogli abbozzi del timo, e solo secondariamente vengono a collocarsi lateralmente alla tiroide; corrispondono quindi ai corpi epiteliali esterni del gatto e di altri mammiferi.

3° la *ghiandola carotidea* è una formazione che non ha nulla di comune coi derivati epiteliali delle fessure bronchiali. Essa non è altro che una produzione connettivale della parete mediale dell'arteria carotide comune nel suo punto di biforcazione.

BRUSCHINI e GIURANNA. — Sul rapporto tra albuminuria e pressione cardio-vascolare. — (La Nuova rivista clinico-terapeutica, n. 5, 1899).

Dalle importanti osservazioni ed esperienze compiute nel laboratorio della 1^a clinica medica di Napoli, diretta dall'illustre prof. De Renzi, gli autori hanno tratto le seguenti conclusioni:

1° In generale, durante la fasciatura elastica degli arti inferiori, della durata di due o tre ore, si nota una lieve diminuzione nella quantità delle urine, che però subito aumenta dopo tolta la fascia, superando di un terzo in media la quantità emessa nel periodo precedente l'esperienza.

2° La quantità percentuale dell'albumina comincia a diminuire durante la fasciatura, e la diminuzione continua e si accentua anche nel periodo successivo, dopo tolte le fascie. Entro le 24 ore dopo l'esperimento, in generale, le condizioni dell'infermo tornano come prima.

3° La pressione sfigmomanometrica aumenta considerevolmente durante la permanenza delle fascie. Tolle queste, diminuisce rapidamente, anzi si nota che la pressione discende un po' al di sotto della cifra notata prima di procedere alle fasciature.

4° La quantità dell'albumina emessa non segue in diretto rapporto le oscillazioni sfigmomanometriche, giacchè la diminuzione dell'albumina ottenuta con la fasciatura si accentua ancor più dopo tolte le fascie, quando cioè la pressione è di molto discesa. Ciò si spiega ammettendo che il rapido aumento di pressione indotto dalle fascie elastiche, regolarizza,

almeno transitoriamente, il circolo renale; e forse agisce sulla innervazione dell'organo per modo che, anche cessato l'aumento di pressione, continua per un certo tempo il beneficio da esso provocato.

5° Essendosi in un infermo questo beneficio dimostrato permanente, gli autori si credono autorizzati a ritenere che la fasciatura elastica degli arti inferiori sia da tentarsi in tutti i casi di nefrite in cui le condizioni cardiache e generali lo permettano. Ove il quadro clinico dipenda da gravi lesioni anatomiche dei reni, si avrà un beneficio puramente transitorio, ma se l'albuminuria e gli altri disturbi (accessi uremici) dipendano più da alterato circolo e perturbata innervazione renale, potrà la fasciatura modificare favorevolmente tali condizioni e dare un beneficio permanente, come quello che talvolta si è ottenuto deostruendo i reni col salasso in genere, col salasso della pedidia in specie (Baccolli), col sanguisugico al triangolo del Tetit, ecc. E. T.

RIVISTA DI MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE

JULLIEN. — **Il vetro bleu in sifilografia.** (Lezione clinica). — (*La Clinica moderna*, 8 febb. 1899).

L'O. cita i lavori sull'argomento del Broca e dell'Haan, e senza occuparsi della questione di priorità fra i due osservatori, dice di usare da tre anni, per l'esame delle malattie cutanee, di un comune binocolo munito di lenti di color cobalto più o meno intenso, oppure di lastre di vetro simili a quelle che si trovano negli astucci per gli esami oftalmologici. Usando questo vetro, se la cute è intatta, appare colorata uniformemente in bleu, ma se nello spessore della cute si trovano delle zone congestizie rosse, le quali non si potrebbero vedere alla luce bianca dell'ambiente, si vedrà benissimo il colore rosso di congestione, perchè esso è colore complementare del bleu di cobalto. Con questo mezzo si riescono a vedere le tracce di roseole già scomparse, ad un esame ad occhio nudo, da mesi ed anche da anni, e si possono così rintracciare i segni diatetici sopra la cute, e riscontrare una pelle macchiata (*peau impregnée*) che attesta la persistenza delle lesioni essenziali.

Queste stigmate si trovano più frequentemente all'intorno delle ascelle, a livello delle sporgenze scapolari, secondo l'andamento delle costole, oppure sui fianchi ed intorno alla cicatrice ombelicale. Queste stigmate costituiscono molte volte l'elemento il più importante per la diagnosi, per la cura, e nel caso di certe questioni medico-legali. te

SILBERSTEIN — Unguento cinereo per uso interno nella sifilide. — (Therap. Monatsh., 1898).

Dopo quanto aveva consigliato l'Ameschof, l'A. somministrò per uso interno l'unguento grigio di mercurio preparato con lanolina (unguento di lan. idrarg. cin. 4.5, polv. rad. liq. 5.0; glicerina, gocce 5; Mucil. gomm. q. b. p. f. pillole 60; due pillole, due volte il giorno) a circa 50 sifilitici, e constatò che l'efficacia terapeutica di questo metodo non è punto inferiore a quella delle frizioni. Non si hanno effetti accessori (stomatite, colica, ecc.) se si cura diligentemente la pulizia della bocca, e se si mantengono regolari le funzioni dell'alvo.

L'A. lascia decorrere un intervallo di 8-14 giorni, dopo le prime trenta pillole, e poscia ne fa prendere altre trenta. Durante la cura, gl'infermi devono assoggettarsi ad un'alimentazione composta in gran parte di sostanze grasse e soprattutto di carne grassa e di lardo, perchè il mercurio viene meglio emulsionato ed assorbito dall'intestino.

E. T

RADESTOCK. — I preparati di iodio e loro dose nella cura della sifilide. — (Therap. Monatsh., 1898).

Conformemente a quanto avevano già scritto al riguardo Wolf e Schuster, l'A. richiama l'attenzione sul fatto che nella cura della sifilide, soprattutto se trattasi di forme gravi o tardive, l'ioduro di potassio viene dato in dose troppo piccola. Egli aveva somministrato, per esempio, ad un individuo affetto da dactilite sifilitica dolorosa, 3 gr. di ioduro di potassio due volte il giorno, senza alcun risultato. Allora portò la dose a 5 gr. in cinque volte nel corso del giorno, e già dopo 24 ore, le tumefazioni ossee erano quasi del tutto scomparse.

Procurando che la diluzione fosse sufficiente, furono tollerate benissimo le dosi di 25 gr.; nè si osservò che la co-

rizza iodica fosse più intensa che con le dosi inferiori, nè si constatò mai un vero e proprio avvelenamento da iodio; la qual cosa è anche confermata dalle osservazioni di medici francesi ed inglesi.

In quei casi in cui entra in causa l'alto prezzo dell'ioduro di potassio, l'A. consiglia la tintura di iodio alla dose di 10-20-30 gocce tre volte al giorno, in uno sciroppo o nel vino annacquato. È anche da raccomandarsi la soluzione del Brown-Séquard: Iodio 0,4: iodato di potassa 2,0. acqua 50,0: un cucchiaino da thé, tre volte il giorno, in un bicchiere di vino rosso allungato. E. T.

S. EHLMANN. — Sulla sifilide senza esantema. — (*Centralblatt f. med. Wissenschaft*, n. 14, 1899).

L'A. fa notare che il primo esantema sifilico in alcuni casi può mancare assolutamente, oppure essere appena accennato e fugacissimo: perciò non si è autorizzati a dichiarare non sifilitici quegli individui che presentarono sclerosi tipica e ipertrofie glandolari indolenti, soltanto per il fatto che non si osservò l'esantema: per formulare un tale giudizio, sarebbe necessaria un'osservazione di parecchi anni. Del resto non di rado in tali casi, al tempo critico, cioè 8-10 settimane dall'infezione, l'esantema suole essere accompagnato da alcuni fenomeni caratteristici, come cefalea notturna, insonnia, dolori articolari, anemia, ecc. In tali circostanze, pensa l'A., ci si dovrà domandare se, quantunque manchi l'esantema, sia da intraprendersi una cura antisifilitica e se si debba trattare col metodo specifico un individuo forse non sifilitico, piuttosto che lasciar decorrere senza cura una sifilide latente. E. T.

S. EHLMANN — L'urotropina nell'uretrite posteriore. — (*La Semaine médicale*, n. 28, 1899).

La blenorragia, quando invade l'uretra posteriore, assume, come è noto, un decorso lunghissimo e ordinariamente non sparisce che sotto l'influenza di lavature praticate sistematicamente su tutta l'estensione della mucosa uretrale con soluzioni di permanganato di potassa, di nitrato d'argento, di sublimato, o di altre sostanze antisettiche. Ora l'A. ha osservato che quest'uretrite cronica cede sovente all'uso interno dell'urotropina (exametilene-tetramina), la quale in questi

ultimi anni, fu usata con buoni risultati come antisettico delle vie urinarie, soprattutto nella cistite tubercolare e nel catarro vescicale consecutivo all'ipertrofia della prostata. Somministrando, nei casi di blenorragia dell'uretra posteriore, l'urotropina alla dose quotidiana di 1 gr. — 1 gr. 50 in due o tre prese, l'A. vide l'orina divenir limpida in tre o quattro giorni, e poté ottenere la guarigione definitiva della affezione con iniezioni praticate semplicemente nell'uretra anteriore per mezzo di una siringa ordinaria.

Se queste osservazioni dell'autore fossero confermate, l'uso interno dell'urotropina diverrebbe un mezzo prezioso per semplificare la cura, spesso troppo complicata, di certe infezioni blenorragiche.

E. T.

RIVISTA DI TERAPEUTICA

L. BROCA. — Il lievito di birra contro la foruncolosi. —
(*La Presse Médicale*, 22 gennaio 1899).

Questa infermità viene volgarmente curata in Germania e generalmente nell'Europa del Nord mediante il lievito di birra.

L'autore ebbe casualmente a verificare una completa guarigione di tale infermità in un giovane che, affetto da foruncolosi ribelle alle ordinarie cure, ricorse da ultimo a tale mezzo terapeutico.

Esperimentò in seguito tal rimedio in quanti, affetti da foruncolosi, ebbero a ricorrere alle sue cure e sempre con esito favorevolissimo.

Adoperò costantemente del lievito di birra fresco, nella quantità di un cucchiaino da caffè sciolto in acqua semplice od alcalina, da prendersi tre volte al giorno al principio di ogni pasto. Secondo il Debouzy, che contemporaneamente ebbe a praticare uguali ricerche, in alcuni soggetti tale quantità non è sufficiente, occorre talora portarla a 3 o 4 cucchiaini da zuppa al giorno.

Lo stesso autore suggerisce, in mancanza del lievito di birra, l'impiego del lievito ordinario, ma in maggiori proporzioni, vale a dire un cucchiaino da caffè per pasto sciolto in

acqua o misto a miele. Spesso tal trattamento porta da principio dei disturbi gastrici, quali senso di peso allo stomaco, acidità, pirosi, talvolta diarrea, ma dopo pochi giorni scompaiono completamente, ed i pazienti tollerano perfettamente il nuovo regime terapeutico.

Il benefico effetto di tal genere di cura si comincia ad avvertire dopo il 3° o 4° giorno con la graduale diminuzione, del prurito e dell'edema locale. Più efficace e pronta è l'azione nella semplice foruncolosi anziché negli antraci, ai quali di solito sussegue un'indurimento che dura lungamente.

L'autore sperimentò pure tal mezzo terapeutico nelle acni ribelli, nelle follicoliti stafilococciche e nelle sicosi ottenendo sempre qualche miglioramento ma non i risultati brillanti riscontrati nella foruncolosi e nell'antrace.

Conclude proclamando nell'attuale momento, il lievito di birra, quale rimedio il più efficace contro la foruncolosi e l'antrace.

G. B.

M. EBERSON. — La peronina (Merck), nuovo sedativo. —
(*Centralblatt für med. Wissen.*, 1898, n. 31).

L'A somministrò la peronina in 10 casi, agli adulti, in dose di 0.01-0.03 gr. fino a quattro volte al giorno; ai bambini, in dose di tanti milligrammi quanti erano gli anni dell'infermo. Egli riferisce nel seguente modo circa i risultati ottenuti nei suoi casi.

La peronina è un rimedio utilissimo come sedativo, e perfettamente in grado di sostituire la morfina. Conduce rapidamente a guarigione le bronchiti acute, e al miglioramento la tubercolosi polmonare; mitiga gli stimoli della tosse, facilita l'espellorazione e favorisce un sonno tranquillo. Non spiega alcuna azione nociva sul cuore ne sulla funzione gastrica, e neppure nell'uso prolungato, si verificano mai sintomi di avvelenamento. L'A. cita soltanto il caso di un bambino di due anni, nel quale si ebbe a lamentare l'insorgenza del coma.

Il suo uso è principalmente da raccomandarsi nelle tossi isteriche e nella pertosse.

Il modo più conveniente di prescriverla, è in sciroppo o in osse, poichè il suo sapore amaro riesce molto sgradevole, e spesso produce anche un senso molesto di bruciore alle fauci.

E. T.

DRESER e FLORET. — **Biacetato di morfina o eroina** —
(*Progrès Médical*, n. 3 del 1899).

Il prof. Dreser (d'Elberfeld) e il dott. Floret, hanno studiato specialmente l'azione selettiva di questo nuovo rimedio.

Secondo il primo autore, l'*eroina* calma più della codeina. Per esempio: 1 milligramma d'*eroina* provoca nel coniglio un rallentamento deciso dei movimenti respiratori mentre che per ottenere il medesimo effetto con la codeina ne occorre 1 centigramma.

Nell'uomo 1 centigramma del rimedio agisce favorevolmente contro la tosse con evidente rallentamento dei tempi d'expiratione e d'inspiratione. Dopo dosi moderate il volume d'ogni presa d'aria è maggiore di prima e la ventilazione delle aree polmonari più elevata.

Siccome i calmanti vengono pure impiegati negli esseri ineboliti, vien fatta la domanda se non sia in questi casi a detrimento della forza e della mobilità dei muscoli respiratori: osservazione importante perchè succederebbe allora che il ristagno delle secrezioni verrebbe favorito.

Ora, esperimenti precisi hanno dimostrato che l'*eroina* aumenta sensibilmente la forza della inspiratione, come il potere di attività e di resistenza ad ogni momento respiratorio. Si nota altresì una influenza diretta sui polmoni, per la produzione di un riposo muscolare di tutto il corpo, la combustione dell'ossigeno e la produzione dell'acido carbonico vengono diminuite.

Quest'ultima proprietà sarebbe utilizzabile nella sete d'aria degli scoliotici e dei pneumonici, nel pneumotorace e nelle affezioni organiche del cuore e ciò senz'alterazione alcuna dell'io come avviene coi sonniferi.

Gli esperimenti del dott. Floret sono specialmente clinici. L'*eroina* riuscirebbe d'un effetto pronto e sicuro contro la tosse e i dolori di petto nelle condizioni infiammatorie e catturali delle vie respiratorie superiori ed inferiori (angine, faringite, tracheite, bronchite), tanto nelle forme acute che nelle croniche.

Nella tubercolosi polmonare il rimedio a dose di un centigramma tre volte al giorno, avrebbe dato risultati soddisfacenti, salvo 4 casi su 25, e allorché la morfina e la codeina non ebbero effetto. Specialmente favorevole fu l'azione dell'*eroina* nell'asma bronchiale. Nessuna influenza indiretta

dannosa, meno in un caso in cui il malato ebbe un accesso di vertigine.

La dose fu di 5 milligrammi a 2 centigrammi da 3 a 4 volte al giorno in polvere con zucchero. A. C.

DREWS. — Il trionale. — (*Heilkunde*, n. 7, 1898).

Il trionale deve essere somministrato la sera, poco prima che l'infermo si corichi; e lo si farà prendere in una tazza di tisana calda (latte, thé, ecc.) o semplicemente in 50-100 grammi d'acqua calda edulcorata con sciroppo di lamponi; o in un bicchiere d'acqua a cui si sia aggiunto un cucchiaino da caffè di cognac e di sciroppo di corteccia d'aranci amari.

Si può pure somministrarlo in sospensione in un'acqua gassosa; e se non è possibile darlo per uso interno, lo si amministrerà per clistere.

La dose utile per l'adulto è di uno o due grammi; la qual dose provoca un sonno calmo, senza sogni, d'una durata di 5-10 ore.

Secondo i casi, si potrà poi scemarne le dosi a 1 grammo o, al contrario, elevarle a 2-3 gr. se l'insonnia è mantenuta dal dolore. Nelle donne la dose di 1 gr. è generalmente sufficiente.

Quando l'insonnia si complica a sofferenza fisica, si può rinforzarne l'azione associando il trionale alla codeina o alla morfina.

Il trionale è un ipnotico prezioso perchè non ha influenza sulle funzioni intellettuali, respiratorie, circolatorie; non irrita i reni, non ha azione nociva sul sistema nervoso periferico, né sul sangue. In grazia alla sua innocuità, lo si può somministrare, senza pericolo, per settimane e mesi: d'altronde non produce effetti cumulativi. E. T.

LOEB. — L'ortofornio come anestetico in iniezioni intramuscolari. — (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, XXVII, n. 1).

Dopo che l'A. ebbe provato su di sé stesso la nessuna tossicità e l'innocuità assoluta di una sospensione al 10 p. 100 di ortofornio in paraffina, aggiunse dal 5 al 10 p. 100 di tale preparato ad una miscela al 10 p. 100 di salicilato di mercurio e paraffina, da lui usata nella cura

della siflide; e, con tale mezzo, riuscì ad impedire o, per lo meno, a mitigare, gl'intensi dolori che ordinariamente insorgevano nelle prime ore dopo le iniezioni di salicilato di mercurio. Del resto, l'infiltrazione non era considerevole, e il riassorbimento si effettuava nello stesso modo e tanto rapidamente, quanto senza l'aggiunta di ortoformio.

E. T.

OAKHYLE. — **Sul trattamento delle scottature specialmente mediante l'acido picrico.** — (*Progrès Médical*, n. 1 del 1899).

L'autore fa osservare che due metodi di cura possono essere raccomandati contro le scottature: il trattamento, cioè, antisettico di cui Nageotte ha minuziosamente esposto la tecnica nella sua tesi, e il trattamento cheratoplastico, che affretta la cicatrizzazione con l'applicazione dei topici.

Di tutti i topici cheratoplastici l'acido picrico può essere considerato come il migliore. Non produce accidenti tossici fuorchè nei bambini, mentre negli adulti riesce innocuo. La applicazione dell'acido picrico è indicata nelle scottature superficiali fino al terzo grado; è controindicata nelle scottature profonde, vecchie e suppurate, come nei fanciulli.

La tecnica della medicazione picrica deve essere minuziosamente eseguita. Essa consiste in pulitura antisettica preliminare della regione bruciata, con conservazione della epidermide, in bagni picrici, medicazione di soluzione picrica all'1 p. 100, rinnovamento molto raro ed ablazione molto delicata della medicazione fatta con la maggior cura per evitare il distacco dell'epidermide. Quando le scottature sono molto superficiali e specialmente sulla faccia, si ottengono talvolta guarigioni meravigliose per mezzo di una semplice spalmatura di etere o di alcool saturato di acido picrico. Nelle bruciature antiche suppurate si può unire all'acido picrico l'iodoformio, il tiolo e l'ittiole. La medicazione picrica sembra favorire la riuscita degli innesti dermo-epidermici secondo il metodo d'Ollier-Thiersch.

Si può pure far uso, con buoni risultati, dell'acido picrico per medicare le scottature prodotte dai caustici e più particolarmente dal vetriolo.

A. C.

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE

FRIEDRICH VON ESMARCH — Sulla lotta dell'umanità contro gli orrori della guerra. — 2ª edizione.

L'illustre autore nella 2ª edizione di questo pregevole lavoro, ritesse la storia dolorosa delle guerre del nostro secolo. Ritrae a vivi colori i 34,000 feriti della battaglia di Lipsia, lasciati nella città e nelle vicinanze privi di ogni soccorso, de' quali perirono 11,000 secondo la relazione di Reil, il quale scrive che ancora 7 giorni dopo la battaglia, 20,000 feriti non avevano una camicia, un lenzuolo, una coperta, e molti di essi non erano stati ancora medicati. Ricorda le battaglie di Ligny e Waterloo, per le quali si erano stabiliti lazzeretti mobili, ma la loro mobilità era tale che essi furono tutti lasciati in dietro. Ricorda la guerra del 1854, nella quale l'esercito inglese entrato nel suolo della Crimea non aveva che 10 barelle ed un mulo carico di medicinali ed oggetti di medicazione, e 1600 gravi feriti rimasero senza alcun soccorso alla prima battaglia, ne potevano esser meglio aiutati i 4400 feriti delle battaglie di Balaklava e d'Inkermann, ne meglio si era provveduto per i soldati, che dopo quell'inverno rigido, senza conveniente riparo, furono invasi dal colera, dalla dissenteria, dal tifo e dallo scorbuto, talchè, già in dicembre, la mortalità della truppa raggiungeva il 631 p. 1000; e le cose andavano di questo passo quando sir Roberto Peel, con una lettera accompagnata da un'offerta di 200 sterline, fece appello alla carità privata, e miss Nightingale partì con 37 dame inglesi al soccorso de' feriti in Crimea.

Ricorda la battaglia di Königgrätz, tre giorni dopo la quale furono trovati ingombri di morti e di morenti più posti di medicazione, con un solo medico condannato all'infruttuoso lavoro di assisterli senza avere a sua disposizione alcun oggetto di medicazione o di ristoro, secondo narra Naundorff.

Ricorda gli orrori della guerra d'Italia descritti da Dunant nel suo « Ricordo di Solferino », libro che diede la spinta per la conferenza, e quindi per la convenzione di Ginevra, ed in-

siste per la preparazione di abbondante materiale e personale medico, perchè le urgenti operazioni e le medicazioni che non sono fatte in tempo debito, non sono più in grado di salvar la preziosa vita dei combattenti. Parla della grande operosità delle associazioni di soccorso durante la breve ma sanguinosa guerra del 1864 nello Schleswig-Holstein, e dei molti milioni raccolti in tutte le città della Germania pel soccorso de' malati e feriti, e dello sperpero di roba che non giunse a destinazione, perchè mancava l'azione diretta del governo all'unificazione delle diverse unità.

Per tutte queste ragioni fu stabilito nella conferenza di Ginevra che i preparativi pel trasporto, pel ricovero, per la medicazione e pel ristoro de' malati e feriti in guerra, si facessero durante la pace, e si mettersero sotto la diretta azione del governo, che nell'avvenire i feriti non fossero più trattati come nemici, ma come neutrali, e che la neutralità si estendesse non solo al personale di assistenza, ma agli ospedali da campo, ai posti di medicazione, e persino agli abitanti che avessero ricoverato feriti.

Rammenta gli orrori della colossale guerra di secessione di America, nella quale morirono di malattia e di ferite 280,000 uomini del solo esercito degli Stati del Nord, e parla delle innumerevoli spedizioni fatte dalle associazioni di soccorso, che raramente raggiunsero la loro destinazione, per la confusione e pel disordine inerente allo stato di guerra, e pel rifiuto dal governo opposto ad ogni ingerenza delle associazioni volontarie nelle cose della guerra. E solo quando il presidente Lincoln, per le pressioni della stampa e dell'opinione pubblica, accettò il soccorso volontario, le innumerevoli associazioni si ordinarono, si posero sotto la direzione del capo del servizio sanitario dell'esercito, e fecero prodigi di operosità, di opportunità e di zelo, che non saranno mai superati in avvenire.

Esempi classici di tale operosità rimangono nella storia del servizio sanitario in guerra i grandiosi ospedali-baracche di 20 padiglioni per 60 letti ciascuno, i treni-ospedali e le gigantesche navi arredate per trasporto di malati e feriti da un porto all'altro dell'America.

La commissione sanitaria de' soccorsi volontari, in unione con l'ufficio sanitario dell'esercito, eresse durante la guerra d'America 214 di questi ospedali-baracche, di una capacità complessiva di 130,000 letti. Dei più importanti, come del Mo-

wer General-Hospital di Filadelfia e dell'Hikz General-Hospital di Baltimora, l'illustre autore dà una chiara descrizione, con opportuni disegni.

E riporta anche i disegni degli ospedali-baracche eretti durante la campagna del 1866 nei pressi di Langensalza, Trautenau, Dresda, Praga, sotto la direzione dei prof. Stromeyer, Middeldorpf e Volkmann, e si mostra contrario al sistema di dispersione de' feriti in guerra perchè in quelle contingenze non è facile distinguere i feriti trasportabili a grande distanza da quelli che sarebbe pericoloso far viaggiare; perchè i feriti leggeri, dispersi nell'interno del paese, non ritornano più, o non tornano in tempo ai loro reparti di truppa; perchè i medici dei villaggi che volontariamente intraprendono la cura di questi feriti, non son ben pratici di chirurgia di guerra.

Non solo nella campagna del 1866, ma più ancora durante la guerra del 1870-71, la Prussia e tutta la confederazione germanica del Nord fecero tesoro degli insegnamenti tratti dalla guerra d'America.

Il governo prussiano provvide l'esercito di un medico ogni 170 soldati combattenti, provvide ogni corpo d'armata di tre distaccamenti sanitari con 124 portabarelle e sei carri per feriti ciascuno, e di 12 ospedali da campo con completo personale ed arredamento per 200 letti. Ed a ridosso dell'esercito avanzante, entrarono in funzione il personale medico di riserva, e i depositi di materiali.

Così i prussiani poterono in tutte le battaglie dar ricovero e soccorso dentro le 24 ore ai loro feriti, malgrado che i feriti francesi lasciati in dietro dalle proprie ambulanze aumentassero considerevolmente il lavoro de' medici tedeschi. E questo pronto soccorso si poté ottenere anche quando le grandi battaglie si succedevano a breve intervallo. Infatti, dopo la sanguinosa battaglia di Vionville del 16 agosto, avvenne l'altra non meno distruttiva di Gravelotte al 18 agosto, ed i soccorsi medici furono anche in quest'ultima puntualmente e profusamente apprestati.

In 84 luoghi diversi della Germania erano sorti 114 ospedali da campo con 481 baracche del tipo americano. Si attuò su vasta misura il sistema della dispersione de' feriti e malati, 250,000 de' quali furono ricondotti nella madre patria, 40,000 in treni ospedali, gli altri come meglio si poté; e l'illustre autore riconosce che senza questi mezzi ed ordinamenti, nella

battaglia di Metz forse un sufficiente soccorso di feriti non sarebbe stato possibile.

Contribuirono validamente al soccorso de' feriti le associazioni di soccorso volontario sotto la guida di un comitato centrale con precise istruzioni ed in stretta dipendenza dal corpo sanitario dello Stato, presero parte al trasporto dei feriti dal campo di battaglia, alla identificazione dei caduti, al seppellimento dei morti. Eressero ospedali in prossimità del teatro della guerra, il più grande de' quali in Weissenburg sotto la direzione del prof. Billroth, cooperarono col loro personale medico e di assistenza alla cura dei malati e feriti negli ospedali da campo dell'esercito, inviarono grande quantità di soccorsi in medicinali, oggetti di medicazione e di ristoro a questi ospedali, allestirono treni-ospedali, stabilirono posti di ristoro per i feriti nelle stazioni ferroviarie, ricoverarono in stabilimenti privati e ristorarono convalescenti, prodigarono ai sofferenti quasi 54 milioni di marchi in denaro ed in natura.

Malgrado tutto ciò, l'autore lamenta alcuni difetti di quella guerra, che i 28 anni seguenti han cercato di correggere. Lamenta che il corpo degli infermieri tanto militari, che delle associazioni di soccorso, non fosse sufficientemente istruito, che le regole della convenzione di Ginevra non fossero sempre rispettate.

Ora però il servizio sanitario germanico, per l'iniziativa del generale medico capo del corpo sanitario, è essenzialmente migliorato. È aumentata la cultura de' medici militari, è migliorato il materiale di medicazione dal lato dell'asepsi e dell'antisepsi, il numero de' portaferiti è aumentato della metà, e completato con adatto personale di assistenza, i carri di sanità sono stati emendati ed accresciuti, l'invenzione delle baracche trasportabili sarà prossimamente attuabile nel teatro della guerra dove manchino materiali da costruzione, il soccorso volontario è inglobato nel piano di organizzazione del servizio sanitario in guerra.

Questo soccorso volontario non deve in verità essere impiegato nel campo di battaglia, se non in casi eccezionali, quando i mezzi di cui dispone lo Stato non sono sufficienti. Ma in tutte le altre sfere esso è un necessario fattore complementare oggidì riconosciuto universalmente, giacchè alla distanza alla quale non giungono gli apprestamenti umanitari dello Stato, solo il soccorso volontario può giungere efficacemente.

E perchè meglio si raggiunga il desiderato scopo, è necessario, secondo l'esimio autore, che solo determinate corporazioni abbiano diritto d'intervenire in guerra, e precisamente solo la società della Croce Rossa, o quelle che con essa si mettono in stretta colleganza, come l'Ordine de' Cavalieri e simili, che fin dal tempo di pace queste associazioni preparino un abile personale d'assistenza, raccolgano materiale di soccorso in grandi depositi, sieno inquadrare nel piano di mobilitazione dell'esercito, e facciano parte dell'unità di direzione.

Gli apprestamenti guerreschi diventano sempre più spaventevoli, e gli eserciti ingigantiscono. Chi può dire se malgrado gli sforzi per la pace, alla testa de' quali si è posto il potente imperatore delle Russie, le passioni umane non prevalgano un giorno su tutte le altre considerazioni?

Da tutte le ragioni su esposte, il prof. Esmarch, in qualità di medico, ed in nome dell'umanità, si sente in obbligo di richiedere:

1° Che per convenzione internazionale si stabilisca che i moderni proiettili di piccolo calibro e grande velocità iniziale sieno sempre incamiciati e non si ammettano proiettili a punta di piombo, come i Dum-Dum. Lo stesso dicasi per altri proiettili od armi non necessariamente crudeli che si potessero in avvenire escogitare.

2° Che ogni soldato abbia un sufficiente pacchetto da medicazione. Egli vorrebbe aggiungere a quello comunemente in uso negli eserciti un triangolo di mussola, come quello che più opportunamente può servire da bendaggio che sostenga un arto in riposo. Dolorosamente per l'autore, il governo germanico non è risoluto ad adottare simile modificazione, che l'autore ha dimostrato utilissima nell'altro lavoretto gentilmente inviato al nostro ministro della guerra, *La prima medicazione nel campo di battaglia*.

3° Che non solo ogni portafarito, ma anche ogni soldato sia in tempo di pace addestrato ad apprestare le prime cure ai feriti, poichè con l'ingente numero di feriti da attendersi in una battaglia con le armi moderne, potrebbe darsi il caso che né un medico, né un portafarito si trovasse in vicinanza di un soldato con grave emorragia, al quale potrebbe un soccorso immediato salvar la vita. Non è possibile stabilire un posto di medicazione a meno di 2000 o 3000 metri di distanza dalla linea di fuoco, e non è possibile trasportare

a simile distanza un ferito grave in imminente pericolo di vita. Con una pronta medicazione si eviterebbero inoltre molte conseguenze morbose delle ferite.

4° È desiderabile una maggior diffusione presso gli ufficiali e soldati del vero significato della convenzione di Ginevra, acciò non si ripetano i casi della guerra franco-germanica, nella quale i medici si sono ritirati con l'esercito combattente, lasciando al nemico la cura de' propri feriti. In tal modo, nessun apprestamento di personale e materiale sanitario sarà sufficiente in una grossa guerra. E questa diffusione del significato della convenzione di Ginevra dev'esser fatta fin dal tempo di pace, ed anche presso la popolazione dev'esser diffuso il concetto che i feriti, e le persone designate ad assisterli sono inviolabili.

Da ultimo è desiderabile che tutti gli Stati adempiano al dovere di preparare fin dal tempo di pace, a seconda della forza delle loro truppe, un sufficiente numero di medici, di infermieri, di ospedali e di letti trasportabili in campo.

Sono queste le idee che l'illustre autore desidera di diffondere il più che è possibile. È inutile il dire che nel campo medico sono idee da tempo radicate. Possa la sua penetrare nel seno delle popolazioni e de' governanti, acciò trionfi l'umanità, nella lotta contro gli orrori della guerra.

P. P.

RIVISTA D'IGIENE

SCHULTZ N. — **Azione degli antisettici sul bacillo della peste bubbonica e disinfezione degli effetti e dei locali contaminati dalla peste.** — (*Arch. d. sc. biolog. de S. Petersbourg, dalla Riv. Intern. d'Igiene, marzo-aprile 1899*).

L'A. ha eseguito questo importante studio servendosi di una coltura del bacillo della peste proveniente dall'istituto Pasteur e che ha serbato sempre lo stesso grado di virulenza.

Ecco i risultati delle sue esperienze:

La soluzione di sublimato addizionata di acido cloridrico uccide in due minuti i bacilli alla dose di 1 p. 1000.

Il fenolo all'1 p. 50 uccide il bacillo in due minuti; all'1 p. 100 lo uccide in mezz'ora. Le soluzioni più allungate non sono sicure. La dose all'1 p. 400 arresta lo sviluppo del bacillo in tre giorni nel brodo.

Le dosi di formalina per uccidere le colture in brodo debbono essere forti, è necessaria una dose all'1 p. 50 per uccidere i bacilli in cinque minuti. La disinfezione dei pezzetti di carta bibula imbevuti di emulsione di bacilli esige un tempo assai più lungo, almeno un'ora colla soluzione all'1 p. 50.

La soda caustica e l'acido solforico agiscono nel medesimo modo.

La loro dose microbica è di 100 cc. per litro di coltura in brodo, con una durata di azione di 10 minuti, di 200 cc. per litro con una durata di 5 minuti.

Le dosi di latte di calce al 10 e 20 p. 100 agiscono ugualmente.

La dose battericida minima è di 1 p. 200 per la durata di 30 minuti.

Il cloruro di calce all'1 p. 100 uccide il bacillo in due minuti nella coltura in brodo e nella carta impregnata.

I bacilli sopportano il disseccamento per 34 giorni.

Il calore a 60° C. sterilizza le colture in brodo in 15 minuti.

Nella pratica l'uso del sublimato deve essere limitato perché, per quanto esso agisca energicamente, la sua azione dipende dal mezzo nel quale i bacilli si trovano. I bacilli infatti non possono essere uccisi senza il contatto diretto.

La formalina in soluzione ha un'azione debole, ma allo stato gassoso e prolungandone la durata dell'azione, diviene un prezioso disinfettante.

È il miglior disinfettante per la disinfezione di mobili, stoffe, oggetti d'uso.

te.

PROUST. — Difesa dell'Europa contro la peste bubonica.

— (*Progrès Médical*, n. 3 del 1899).

L'autore redige sulla peste bubonica, sui suoi pericoli e sulla sua profilassi un importante lavoro che ha comunicato all'Accademia di medicina di Parigi, che meriterebbe un completo e particolareggiato esame.

Specialmente interessante poi è tutta la parte relativa alle difficoltà di applicazione delle misure sanitarie in Egitto.

Ci limitiamo a riferirne le principali conclusioni:

1° La peste infierisce sempre nell'India inglese con intensità, specialmente a Bombay. Altri e nuovi focolai sono apparsi in Cina e nel Madagascar.

2° È molto importante per il pubblico bene completare e perfezionare i diversi metodi già consigliati per prevenire l'importazione della peste in Europa.

3° Le misure sanitarie devono essere prese tanto sulle frontiere di terra, quanto sulle rive di mare.

4° La recente comparsa della peste nel Turkestan fu un soggetto di seria attenzione in Europa.

Certo, le sezioni poco abitate e i grandi spazi costituiscono un mezzo di difesa, ma la ferrovia transcaucasiana e la navigazione a vapore del Mar Caspio possono diventare un mezzo di diffusione dell'epidemia. Bisogna ricordare l'epidemia colerica del 1892, che, dal Turkestan, ha invaso la Transcaucasia, e ha spinto la sua espansione fino ad Hamburgo. È da sperare che il governo russo saprà circoscrivere e spegnere l'epidemia della peste del Turkestan, come lo fece di già sulle rive del Volga, nel 1878, allorché la peste apparve a Vethanka. Questa speranza viene convalidata dalle ultime notizie pervenute con dispiaceri che asseriscono non esistere più la peste in Angola.

5° L'attenzione dell'Europa deve egualmente portarsi verso il golfo Persico ove, in questo momento, non esiste qualsiasi protezione, nonostante la prossimità delle contaminate regioni delle Indie, Bombay, Kurachee. In queste regioni si è soggetti al caso. Se la peste traversasse il golfo Persico, il bacino Mediterraneo e l'Europa ne sarebbero presto invase.

6° Quantunque mezzi difensivi esistano dal lato del Mar Rosso, questi mezzi è necessario vengano rinforzati e perfezionati. Le prescrizioni della conferenza di Venezia, non sono state eseguite in modo soddisfacente. La visita medica di Suez essendo stato il prezzo della soppressione della quarantena d'osservazione, che era il solo mezzo di difesa, è dunque necessario che questa visita sia cosa seria. La salvezza dell'Egitto e dell'Europa dipendono più che tutto dal modo con cui viene fatta la visita sanitaria nella stazione di Suez.

A. C.

Dott. HANS. ZIEMANN. — Ueber Malaria und andere Blutparasiten nebst Anhang: Eine wirksame Methode der Chromatin und Blutfärbung. — Iena 1898.

Il dott. Hans Ziemann, medico militare nella marina tedesca, nel pregevole lavoro descrive un metodo speciale di colorazione del sangue e delle sostanze cromatica e riferisce gli studi compiuti sulla malaria e sui parassiti del sangue.

Il metodo di colorazione si fonda sullo stesso principio del Romanowsky; ma mentre il processo di Romanowsky è di difficile applicazione, perché affida l'osservatore al caso, il Ziemann ha cercato di perfezionare e rendere più pratico il processo. Il principio della colorazione è che, unendo una soluzione di bleu di metilene di reazione alcalina con una soluzione di eosina di reazione acida, si ottiene un terzo liquido neutro di reazione neutra, il quale ha la proprietà di colorare in carminio la sostanza cromatica. Ziemann ha stabilito che nel rapporto delle sue soluzioni l'eosina debba rappresentare in peso la metà del bleu di metilene. Se si mescola esattamente una parte di una soluzione 1 % di bleu di metilene med. pur. (extra) con 5-6 parti di una soluzione 0.1 % di eosina A G o B A (extra) si ha una potente colorazione dal preparato in 20-40 minuti. Così il processo è reso molto rapido e indipendente dalla casualità.

Nei vari tentativi con il bleu di metilene boracico ha notato che la soluzione 1 % in acqua distillata di bleu di metilene con 2, 2 5, 4 parti di borace, richiede, dopo filtrazione, solo 4 parti della soluzione 0.1 % di eosina A G (extra) per produrre in 5 minuti una sufficiente colorazione carminica degli elementi di cromatina.

L'A. esprime il dubbio se la colorazione carminio o violetto carminio dei così detti elementi di cromatica non sia da attribuirsi al solo bleu di metilene, il quale ha proprietà policrome, e ritiene certamente ardito il voler considerare come elementi cromatici tutti i granuli che appaiono colorati in carminio.

Notevoli sono gli studi fatti dallo Ziemann su 253 casi di malaria indigena, italiana e tropicale.

Riguardo allo sviluppo embriologico dei parassiti della terzana, il giovane parassita risulta di un piccolo grumo di cromatina, di una zona acromatica all'intorno e del corpo

protoplasmatico: in seguito la cromatina aumenta di volume e si va dissociando. Nella segmentazione del parassita la sostanza cromatica si scinde in varie parti, ognuna delle quali si circonda di nuovo di una zona acromatica e di protoplasma, il quale procede dal protoplasma del parassita madre verso i nuovi ammassi di cromatina. così si formano i nuovi parassiti. Questo sarebbe lo schema di sviluppo di tutti i parassiti del sangue, che si avvicinano a quello della malaria: e non vi sarebbero propriamente spore. Se i parassiti diventano sterili scompare dapprima la cromatina e poi anche la zona acromatica. il parassita aumenta in volume e diminuisce in colorabilità.

La terzana semplice d'Italia per nulla si distingue da quella osservata presso Bremerhaven, come pure da quella al sud degli Stati Uniti.

La febbre quartana è determinata da un parassita, morfologicamente ben caratterizzato, il quale non è stato ancora osservato in Germania. Il suo sviluppo corrisponde esattamente a quello descritto da Golgi, e la struttura e la segmentazione rassomigliano molto a quella dei parassiti della terzana.

I parassiti delle febbri estivo-autunnali non possono distinguersi da quelli osservati a Kamerun, i quali determinano una completa e regolare quartana: e lo sviluppo del piccolo parassita anulare è fra le 24-48-72 ore. L'A. non ha sempre riscontrato la curva febbrile riguardata da Marchiasava e Bignami come caratteristica per la terzana maligna. I parassiti maturi della terzana maligna sono più grandi dei piccoli parassiti trovati nella quotidiana, nella perniciose e anche in Kamerun: gli ultimi formano soltanto 6-8 giovani parassiti e riempiono il corpuscolo rosso per un quarto o per metà: i primi producono fino a 18 giovani parassiti e invadono il corpuscolo rosso per metà o per tre quarti. Non è riuscito a riscontrare particolari differenze nei parassiti della quotidiana pigmentati e in quelli non pigmentati: questi non rappresentano che un più rapido grado di sviluppo.

Riguardo all'influenza sui parassiti malarici di azioni di varia natura, il Ziemann ha notato quanto segue:

Per la morte del malato cessa la motilità ameboides del parassita: e la cromatina, che durante la vita presentava forme svariate, assume una forma rotonda, pur non perdendo della sua colorabilità.

I parassiti si possono conservare fino a 24 ore nel sangue delle sanguisughe senza apparenti alterazioni morfologiche e senza ulteriore sviluppo: comincia poi un processo degenerativo: i giovani parassiti della *terzana maligna* dopo 48 ore cominciano a vivere nella sanguisuga una vita extraglobulare.

Nell'infezione malarica, la quale non volga spontaneamente alla guarigione, l'idroclorato di fenocolla non ha azione alcuna, e così pure il bleu di metilene, anche nella dose di 2 grammi.

Il chinino agirebbe prima sul protoplasma e solo secondariamente sulla cromatina. Poca o nulla sarebbe l'azione sui parassiti, che già si trovano nella fase di segmentazione, perchè in questi il rapporto fra la cromatina, meno facilmente influenzabile del chinino e il protoplasma più influenzabile non è più come 1:8 ma spesso anche come 1:1. La minore azione del chinino, non è dovuta all'aumento in volume della cromatina per sé, ma all'attività vitale più elevata, che in essa si spiega. Si deve quindi far agire il chinino sui parassiti giovani, e perciò meglio corrispondono le iniezioni intramuscolari.

Nella guarigione spontanea non entrerebbe la fagocitosi: i leucociti ingloberebbero solo le forme sterili e rispettivamente i loro avanzi.

Quanto al modo dell'infezione, l'A. non ha mai potuto riscontrare nell'acqua e nel terreno malarico gli agenti della malaria, almeno come appaiono nel sangue: né li ha potuti rintracciare nelle mosche, alimentate con organi e con sangue di malarici. Potrebbe darsi che si trovassero nell'ambiente sotto un'altra forma o anche sotto la forma comune, ma nell'interno o sulla superficie di altri organismi, i quali si trovano pure nel terreno malarico e appartengono al regno vegetale.

Nello studio del sangue di diverse specie di uccelli, ha potuto notare differenti varietà di parassiti: e lo sviluppo e la moltiplicazione loro procede come nella malaria dell'uomo. Nel *Coccothraustes vulgaris* si osserva una piccola specie patogena che compie il suo sviluppo in 48 ore e produce 6-8 giovani parassiti, spesso senza pigmentarsi.

Si riscontrano parassiti nel sangue degli usignuoli, passeri, civette, allodole, ma non crede l'A. che si possano paragonare alle forme semilunari dell'uomo. Le forme descritte

dal Danilewsky come leucocytozoa, le quali compierebbero il loro sviluppo nei leucociti, si ritrovano anche nell'*Athene noctua* e si tratterebbe di organismi, che di tempo in tempo vivono liberi nel sangue, come corpi rotondeggianti od ovalari, e che bisogna distinguere dagli altri emoparassiti.

Nella malattia dei giovenchi, simile alla febbre del Texas, osservata presso Comacchio e nell'Agro romano, ha studiato l'*Apiosoma bigeminum*. I parassiti risultano di cromatina, di una zona acromatica e del corpo protoplasmatico e accanto alle caratteristiche forme doppie a pera, si riscontrano anche forme anulari e discoidali, che nell'aspetto non si possono distinguere da piccoli parassiti delle febbri tropicali. In un caso avrebbe veduto una piccola formazione analoga a una semiluna.

Infine il Ziemann ha applicato il suo metodo di colorazione nello studio di batterii, spirilli, funghi e protozoi: e in alcuni microrganismi ha potuto ottenere una doppia colorazione del protoplasma cellulare in bleu e di granuli di cromatina in violetto-carminio.

L'interpretazione di questi risultati è legata con la questione sulla morfologia dei batterii. G. M.

LE DANTEC. — Il fagedenismo dei paesi caldi. — (*Archives de Médecine navale*, febbraio 1899).

L'importante monografia del Le Dantec su questa infermità dei paesi tropicali è di un singolare interesse specialmente pel medico militare che presta servizio in Africa, e per quei medici che vengono aggregati alle spedizioni scientifiche nelle zone equatoriali.

La storia della malattia può riassumersi in poche parole. Tra il 1857 ed il 1858 vennero descritte da diversi autori speciali forme di ulcera, le quali, a seconda del paese ove furono constatate, ebbero il nome di ulcera di Monzambico, ulcera della Gujana, piaga annamita. Più tardi fu riconosciuto come tutti questi appellativi corrispondessero ad una medesima entità patologica, che fu chiamata *fagedenismo dei paesi caldi*. E finalmente, gli studi ulteriori posero la questione in una terza fase, nella quale si cercò di stabilire la identità tra il fagedenismo dei paesi caldi e la gangrena di ospedale. L'A. rivendica a sé la priorità di aver dimostrato, fin dal 1884, nell'essudato delle ulcere della Gujana, un bacillo speciale, che vi si trovava quasi in cultura pura, e tale

scoperta fu poi confermata da Clarac alla Martinicca e da Boinet al Tonchino.

Due anni or sono Vincent ebbe occasione d'osservare 47 arabi coperti di piaghe aventi tutti i caratteri della gangrena d'ospedale e che egli battezzò appunto per tali. Eppure quei malati provenivano da luoghi dove l'ulcera fagedenica è notoriamente endemica. Studiando queste piaghe, nelle quali trovò un bacillo affatto somigliante a quello descritto dall'A., nacque al Vincent il dubbio che il fagedenismo dei paesi caldi altro non fosse che la gangrena d'ospedale delle zone temperate.

Altre osservazioni fatte sopra casi di vera gangrena di ospedale confermarono il dubbio del Vincent ed oggi la questione può dirsi risolta sia perchè ambedue le malattie presentano una certa identità nei caratteri clinici, sia perchè ambedue presentano un essudato poltaceo, nel quale si riscontra un bacillo identico e per la forma e per i caratteri biologici.

Ma se la gangrena d'ospedale è divenuta in Europa una affezione estremamente rara, non è a dirsi altrettanto del fagedenismo, il quale s'incontra, per così dire, ad ogni piè sospinto, nelle regioni equatoriali.

Bisogna innanzi tutto distinguere il fagedenismo che può complicare le ferite d'arma da fuoco da quello che può chiamarsi spontaneo e che ha una spiccata predilezione per i piedi e per le gambe.

È su questo secondo che l'A. richiama più specialmente l'attenzione. Due condizioni sono necessarie per il suo sviluppo: l'esistenza di una soluzione di continuo e l'esposizione di questa all'inquinamento di un suolo umido. Le soluzioni di continuo nelle estremità inferiori sono assai frequenti nei paesi caldi, specialmente tra gl'indigeni che marciano a piedi nudi. E una volta prodottasi una porta d'entrata non è difficile che questa venga in contatto di un terreno melmoso contenente il bacillo in questione.

Poiché, secondo l'A., come nel suolo si annida il vibrione che produce la setticemia gangrenosa, e il bacillo di Nicolaïer che produce il tetano, si anniderebbe anche il bacillo fagedenico, il quale nei paesi caldi darebbe luogo al fagedenismo e nei paesi temperati alla gangrena d'ospedale.

Quando una piaga è invasa dal fagedenismo presenta fin da principio alcuni segni caratteristici: diventa colorosa;

bottoni carnosì prendono un colore violaceo, la suppurazione si fa abbondante, fetida, qualche volta sanguinolenta, e finalmente in capo a qualche giorno nel togliere la medicatura si vede alla superficie della piaga un essudato grigiastro, qualche volta leggermente verdastro, che aderisce fortemente ai tessuti sottostanti, coi quali sembra far corpo. Questo essudato poltaceo s'infiltra dappertutto e disorganizza i tessuti vicini, dando origine ad un secreto scoroso di odore assai penetrante, fetido e nauseabondo, paragonabile a quello del sego marcito. Negli individui robusti e ben costituiti il fagedenismo si limita a questi danni, e non è raro di vederne taluni che hanno delle ulcere fagedeniche da parecchi mesi; e allora queste ulcere, facendosi croniche, assumono una forma quasi nettamente circolare, coi bordi rilevati, irregolari, duri, col fondo ricoperto da un essudato poltaceo grigiastro, misto di tessuti disgregati e di membrane parassitarie.

Ma nei soggetti miserabili, mal nutriti, cachettici, la malattia fa rapidi progressi; la piaga si ricopre di un putridume di colore biancastro e dello spessore di qualche centimetro, il quale si estende in superficie ed in profondità, formando delle escare gangrenose, disseccando muscoli e tendini, finchè messe a nudo le ossa e le articolazioni, queste finiscono per aprirsi ed il piede cade come disarticolato da questo processo di dissoluzione. Dall'altro canto l'ulcera progredisce e le sue anfrattuosità favoriscono la formazione di sacccocce purulente, che sono spesso il punto di partenza di processi piemici o setticoemici. In Cocincina dopo la presa di Turane, sopra un effettivo di 6000 uomini vi furono 700 casi di fagedenismo e tra questi più di 100 morti per tale infermità.

Con caratteri clinici così spiccati la malattia non è difficile a riconoscersi; tantopiù che le ulcere atoniche dei paesi caldi non hanno nulla di particolare e rassomigliano a quelle delle regioni temperate. Nei casi dubbi il microscopio potrà risolvere la questione. Basterà porre sopra un vetrino portaoggetti una piccola quantità di essudato, seccarlo alla lampada e colorarlo con un colore qualsiasi di anilina per vedere, in caso d'ulcera fagedenica, una quantità innumerevole di bacilli della lunghezza media di 7 a 12 μ m, generalmente dritti e accompagnati da molti micrococchi.

I tentativi d'inoculazioni in cani ed in conigli sono riusciti vani, eppure la contagiosità della malattia è dimostrata da

fatti irrefutabili. Le cachessie d'ogni genere, segnatamente la malarica, dispongono a contrarre l'affezione, previa, s'intende, una soluzione di continuo. Gli accessi malarici influiscono inoltre anche nel rapido estendersi della malattia e non è raro vedere ad ogni accesso ingrandirsi la piaga di qualche centimetro di diametro.

Quali i rimedi che l'autore propone? essi sono di due ordini, preventivi e curativi.

Respingere dal reclutamento degli indigeni tutti coloro che presentano tracce di fagedenismo, eliminando in tal modo dei soggetti che non solo rappresentano dei non valori dal punto di vista militare, ma che costituiscono degli impedimenti nelle marcie e che possono essere il punto di partenza di epidemie. Durante le spedizioni bisogna prendere tutte le precauzioni possibili per evitare traumatismi d'ogni genere a coloro che debbono traversare risaie, foreste, paludi dove si trovano sanguisughe ecc., e questo potrà ottenersi negli indigeni, consigliando loro una calzatura semplice e leggera come potrebbe essere una ghetta mobile di tela doppia o delle bandellette di stoffa messe a guisa di fasciatura. Le scarpe è inutile consigliarle perchè sarebbero senz'altro gettate via dopo i primi passi.

Quanto alla cura consiglia l'autore:

1° Porre l'ammalato in posizione orizzontale colla gamba rialzata in un piano inclinato;

2° Nettare la piaga dell'essudato poltaceo per mezzo di un cucchiaino di Volkmann;

3° Distruggere i germi residui col mezzo di un antiseptico;

4° Favorire la cicatrizzazione dell'ulcera, ridotta che sia piaga semplice, o colla trapiantazione, o più semplicemente con una medicatura alla Bayulton.

La semplicità dei mezzi coi quali è possibile trionfare di questa infermità, fa bene sperare che, come abbiamo ormai debellato completamente dalle nostre zone temperate la gangrena d'ospedale, così in un avvenire non lontano grazie alle nozioni d'igiene che la civiltà d'Europa spande a piene mani tra le popolazioni barbariche, anche il fagedenismo dei paesi caldi finirà per essere un semplice ricordo storico.

c. f.

PESCAROLO e BORMUAS. — Sulla trasmissibilità per la via rettale dell'infezione tifosa col bulbo del termometri.
— (*Riforma medica*, n. 271, 1898).

Nell'intervallo di pochi mesi nella sezione Pescarolo dell'ospedale di S. Giovanni in Torino, si ebbero tre casi d'infezione tifosa interna, cioè casi di ammalati che trovandosi già in ospedale per altre malattie, vicini di letto ed ammalati di ileo-tifo, contrassero tale affezione; una era affetta da isterismo obbligata al letto per una contrattura isterica, una da ematocoele retro-uterino, e la terza era un'unemica.

Tale infezione interna nell'ospedale di S. Giovanni è rarissima, anzi da parecchi anni non se ne ricorda alcun caso. Eliminate con una rigorosa inchiesta tutte le cause più comuni di una tale trasmissione, si sospetto che il veicolo ne potesse essere il termometro. Nell'ospedale si prendono abitualmente le temperature rettali, ma non si passa il termometro da un ammalato all'altro senza tenerlo per un po' di tempo in un bagno di sublimato (soluzione 1 p. 1000). Nella sezione donne, per errore di qualche infermiera, spesso i termometri non venivano che strofinati grossolanamente con un panno; or bene la ricerca batteriologica dimostrò che nel bulbo di un termometro stato per qualche minuto (5 a 10) nel retto di un tifico, nel 50 p. 100 dei casi, accanto a numerosi b. del colera, si trovavano bacilli di Ebert.

È interessante notare come oltre ai soliti mezzi di differenziazione si sia ricorso pure alla prova dell'agglutinamento, trattando le colture ottenute di bacilli tifici col siero di sangue di ammalati da ileo-tifo. Adoperando le dovute cautele si ebbero sempre dei risultati ottimi.

Quando invece per meno di 5' il termometro è tenuto nelle soluzioni di sublimato all'1 p. 100, il bulbo rimane sterilizzato.

A. W. FAIRBANKS. — Sulla disinfezione delle camere coi vapori di formaldeide. — (*Centralb. f. Bakteriologie*, Bd. V XIII, 1898 e *Rivista d'Igiene e medicina prat.*, gennaio, 1899).

Il dott. A. W. Fairbanks ha eseguito, nell'Istituto batteriologico di Charlottenburg, sotto la direzione del prof. Grauwitz, una serie di ricerche sperimentali su questo argomento, servendosi dell'aldeide formica polimerizzata in pastiglie com-

presse, che, sotto l'influenza del gas proveniente dalla combustione delle lampade ad alcool, sotto le quali le pastiglie erano disposte, dava dell'aldeide formica non polimerizzata in forma gassosa. Il vantaggio delle pastiglie in questione è che l'aldeide formica polimerizzata è, secondo Aronson, molto poco tossica.

La camera adoperata per le esperienze misurava 93 metri cubi, e le sue porte e finestre furono esattamente calafatate. Vi si esposero ai vapori d'aldeide formica dei pezzi di lana e di tela, infettati con diversi bacilli patogeni, alcuni dei quali messi allo scoperto, altri avvolti in altre stoffe, o nascosti sotto materassi.

In una prima esperienza, la dose d'aldeide formica usata fu di una pastiglia di 1 gramma per metro cubo; si lasciarono agire i vapori per trenta ore. Due ore dopo essere stata aperta, la camera era accessibile senza grandi inconvenienti.

I pezzi di stoffe infettati furono lavati in una soluzione ammoniacale al 2 p. 100 per toglier via le ultime tracce d'aldeide formica.

I bacilli del carbonchio erano morti sulle stoffe esposte allo scoperto, ma erano perfettamente vivi sui pezzi di stoffe rimasti protetti da altri tessuti o da un materasso. Così pure una densa cultura di bacillus anthracis su agar era sterilizzata; i pezzi di stoffe carichi di stafilococchi, di bacilli difterici, di bacilli tifici si mostrarono sterili; ma solo quelli imbrattati con i bacilli tifici erano stati protetti da biancherie.

In una seconda esperienza, in cui si usarono 145 pastiglie, ossia 1 gramma e mezzo di aldeide formica per metro cubo, e in cui si lasciarono agire i vapori per 25 ore, gli stessi bacilli difterici e tifici e gli stafilococchi morirono egualmente, benché fossero avvolti in cenci o nascosti entro materassi.

Il bacillo del carbonchio, anche protetto da cenci, fu ucciso, ma non si ebbe l'istesso risultato nel caso in cui era protetto dallo spessore di un materasso.

Un campione di polvere, raccolto nella camera, in un angolo in cui ve ne era un denso strato, fornì un bacillo, che, per altro, non era patogeno.

In una terza esperienza si usarono 190 pastiglie, ossia 2 grammi d'aldeide formica per metro cubo e l'operazione durò 25 ore; un'ora e mezza dopo essere stata aperta, la camera era accessibile senza inconvenienti. Topi e cavie, che vi erano stati rinchiusi per tutta la durata dell'esperienza, non sem-

bravano averne per nulla sofferto. Differenti oggetti di seta o di cuoio, esposti ai vapori d'aldeide formica, non mostravano tracce di deterioramento.

Tutte le biancherie imbrattate con lo streptococco erano sterilizzate, in qualunque condizione fossero state poste, anche sotto materassi o quando le culture di streptococco erano mescolate a polvere. Lo stafilococco, sterilizzato quando era allo scoperto, messo fra due cenci o mescolato a polvere, non subiva nessuna modificazione quando i tessuti che lo contenevano erano stati protetti da parecchi strati di tela o da materassi: il bacillo tifico, situato fra due materassi o coperto da cenci, avea sopravvissuto; e lo stesso si riscontrava per il bacillo difterico e per il piocianeo in condizioni identiche. Infine le stoffe imbrattate di culture di carbonchio sporulato non erano sterili se non quando erano state esposte interamente allo scoperto. Tutti i microbi utilizzati in questa esperienza provenivano da culture fresche, o che erano state essiccate per 24 ore sui tessuti prima d'essere esposte all'azione dei vapori d'aldeide formica. Le membrane difteriche non erano sterilizzate, e neppure il pus contenente streptococchi (salvo nelle parti che s'erano essiccate).

Riassumendo, in queste, come nella maggior parte delle esperienze eseguite da altri coi vapori d'aldeide formica, la sterilizzazione non si è realmente ottenuta se non quando i vapori hanno potuto arrivare direttamente sui germi esposti. Peraltro, il prof. Grawitz ha applicato questo processo di disinfezione nelle camere che erano state occupate da infermi di malattie contagiose, usando, però, l'avvertenza di togliere prima tutti gli effetti lettereschi e di disporre ogni cosa in modo da non dovere operare che una *disinfezione di superficie*, giacchè sembra che i vapori d'aldeide formica offrano in questo caso particolare una certa superiorità sugli altri disinfettanti.

V Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia medica di Liegi.

Nel giornale *l'Idrologia e la Climatologia* è comparsa una relazione del dott. Baduel sui lavori di questo Congresso tenutosi in Liegi, sotto il patronato del principe ereditario del Belgio, dal 25 al 3 ottobre 1898.

Interessanti furono le memorie lette in tale circostanza, e

fra queste c. piace specialmente ricordare le seguenti per l'importanza che possono avere anche per coloro che non si sono dati alla specialità.

Onimus. Trattò della contrazione autonoma dei vasi periferici sotto l'influenza dell'idroterapia, dimostrando che la doccia produce dapprima una contrazione spasmodica dei vasi ai quali succede poi un afflusso di sangue. Questo afflusso però è il risultato di un'eccitazione dei centri nervosi ed è un fenomeno essenzialmente vitale.

Tiroux. Descrisse i caratteri generali ed il modo d'impiego dei fanghi. Dimostrò che la loro azione fisiologica consiste nell'accelerazione del numero e diminuzione dell'ampiezza dei movimenti respiratori, nell'elevazione della tensione arteriosa, nell'aumento del numero delle pulsazioni, nella stimolazione del sistema nervoso centrale e delle terminazioni nervose periferiche, nell'aumento dell'eccitabilità muscolare, nell'aumento della sensibilità elettro-cutanea, nell'elevazione della temperatura centrale e periferica, nell'aumento della funzione del sudore, nell'aumento delle combustioni e nell'eliminazione più attiva dei detriti organici.

In quanto alla loro azione locale, essi sono decongestionanti in ragione progressiva aumentando la durata dell'applicazione, e provocano una stimolazione della circolazione cutanea ed intramuscolare.

Forestier. Trattò del reumatismo cronico vertebrale e delle sue forme cliniche. Ne descrisse le localizzazioni principali che sono alla regione dorso-lombare e alla regione cervicale dove può dare dei fenomeni ricordanti la pachimeningite, e i sintomi principali. Consigliò l'uso della doccia-massaggio la quale in principio di malattia, dà buoni e durevoli risultati.

Lindeman. Parlò della cura del reumatismo articolare cronico per mezzo di un nuovo apparecchio di elettroterapia consistente in una camera ad aria pura riscaldata per mezzo dell'elettricità in modo graduato da 50° a 150° C. Introducendo nella camera l'arto affetto si osservano notevoli modificazioni negli edemi e nella motilità senza che si producano ustioni nella pelle quantunque il calore sia così intenso.

Iorissacune. Trattò dell'utilità delle stazioni sanitarie nelle colline poco elevate stabilendo dei sanatori sul pendio di una montagna che superi il livello del lago di aria fredda che riempie la vallata ogni sera, ma avendo cura di non fare porte nella regione alta, ma solo nella parte che guarda il

basso. Occorre inoltre, per l'orientazione, scegliere una direzione da sud-sud-est a nord-nord-ovest.

Felix. Espose le sue ricerche circa alle misure da prendersi per favorire l'istituzione delle stazioni climatiche a buon mercato in modo da poter servire poi malati poveri, parlò di una possibile organizzazione finanziaria col concorso dello Stato, dei padroni delle officine, dei capitalisti e dei proprietari.

Uguale argomento venne trattato dal Petit.

Bastelaer. Trattò dell'ozono dal punto di vista climatico, dimostrando la somma importanza di fare delle ricerche ozonometriche nell'atmosfera e descrisse i metodi seguiti per tale ricerca nell'osservatorio astronomico della società reale di medicina pubblica del Belgio.

Amege. Descrisse un nuovo processo di sterilizzazione delle acque minerali imbottigliate consistente nel riscaldare le bottiglie riempite a 98°, ad una temperatura quindi alla quale pochi microrganismi sopravvivono, mentre da una cannuola di cui le bottiglie sono fornite fuoriesce il gas acido carbonico impuro e l'aria. Dopo il raffreddamento che si compie lentamente ed al riparo dell'aria, la sterilizzazione è completata dalla fuoriuscita dell'aria e dall'impregnazione di acido carbonico puro che ha un effetto disturbativo sui microrganismi dell'acqua in un mezzo privo d'aria.

Berger. Trattò della sterilizzazione delle acque per mezzo del perossido di cloro, dichiarando questo mezzo semplice, economico e non nocivo.

Kemmena. Trattò della sterilizzazione dell'acqua per mezzo dell'ozono che viene fabbricato per mezzo dell'elettricità alla tensione di 50,000 volts. le.

ABBA, ORLANDI e RONDELLI. — Sul trasporto dei batteri per mezzo delle acque del sottosuolo. — Osservazioni critico-sperimentali. — (Riv. d'igiene e sanità pubbl., 16 nov. 1898).

Gli AA. prendendo partito della memoria del prof. E. Pfuhl pubblicata nella *Zeitschrift für Hygiene* 1897, vol. XXV, fanno un confronto fra le esperienze del professore stesso e quelle fatte da loro fin dalla primavera del 1896 coll'intendimento di diffondere, quanto è più possibile, le cognizioni che si acquistarono in proposito e mettere in rilievo tutto il lato pratico della questione essendo essa direttamente legata

a quella dell'approvvigionamento d'acqua potabile. Le esperienze fatte dal Pfuhl furono praticate in un piano arido, ghiaioso della regione renana, in vicinanza delle opere idrauliche di Strasburgo, facendo scavare due fosse della profondità di 1 metro, l'una a 8 metri a monte dell'altra, nel senso della direzione della falda acquosa e usando due specie batteriche un vibrione fosforescente ed il bacillo prodigioso. Gli AA. invece cercarono di riprodurre sperimentalmente ciò che avviene in natura, e in luogo di far scavare le fosse a monte delle gallerie emungenti di Val Sangone che forniscono l'acqua alla città di Torino sulle quali esperimentarono, e di fare un'aspirazione d'acqua per mezzo delle gallerie, come fece il Pfuhl, cercarono di rispettare le condizioni del terreno soprastante conservando intatti gli strati superficiali del terreno su cui si dovevano compiere le ricerche e le condizioni di protezione naturale della falda acquosa sotterranea. Anziché scavare fosse, circoscrissero invece delle zone di terreno con argini di terra, innondarono queste zone con abbondante quantità d'acqua, seminarono in essa i batteri che ricercavano poi, a varie riprese, nell'acqua delle gallerie emungenti.

Le conclusioni di queste esperienze sono le seguenti: 1° uno dei microrganismi più appropriati per saggiare il potere filtrante dei terreni naturali, è il bacillo prodigioso; 2° il modo più rapido per procurarsi molto materiale batterico è quello di preparare numerose colture piane di gelatina insemenate con bacillo prodigioso e raccogliere in palloni la gelatina liquefatta e l'acqua di lavature delle capsule; 3° le esperienze di filtrazione col bacillo prodigioso si possono fare contemporaneamente a quelle con sostanze coloranti, giacché queste non disturbano la vitalità di quello; 4° nelle esperienze di filtrazione a grandi distanze il metodo batteriologico è più delicato del metodo fisico; 5° il bacillo prodigioso persiste a lungo nel terreno, anche nelle sue parti più profonde, ed abitualmente, o non viene trasportato nelle gallerie emungenti o vi arriva talmente diluito da non rendersi manifesto all'esame batteriologico quotidiano; può passare invece in seguito a periodi prolungati di pioggia. Può quindi ritenersi un indice prezioso per constatare l'influenza che le acque meteoriche locali possono eventualmente esercitare sulle acque potabili.

te.

RIVISTA BIBLIOGRAFICA

Dott. EUGENIO FAZIO. — **Manuale di opoterapia.** — (Napoli, 1899.

L'A. ha raccolto in un volume, con vera diligenza e competenza di attento e dotto osservatore, tutte le nozioni che al presente si hanno circa a questo nuovo mezzo di cura il quale conosciuto e adottato dagli antichi in modo empirico, caduto poi completamente in disuso, ritorna oggi, mercé i recenti studi biologici, in veste scientifica, a far parlare di sé per i risultati veramente nuovi e soddisfacenti che si vanno conoscendo di giorno in giorno dall'epoca in cui il Brown Séquard rivelò i risultati delle sue ricerche sul liquido testicolare.

Il volume è interessante non solo pel medico pratico che in esso trova tracciata la via circa al modo col quale si usano i diversi succhi organici animali a scopo curativo e alle malattie nelle quali essi possono con profitto usarsi, ma anche allo scienziato il quale vi trova discussi i fatti più salienti che hanno condotto alla scoperta del valore terapeutico di tali succhi, e vi segue il progresso storico che man mano ha fatto questo nuovo mezzo di cura dai tempi più remoti fino al presente. Esso è diviso in 8 capitoli che riguardano l'opoterapia tiroidiana, l'o. timica e pituitaria, l'o. renale e quella delle capsule surrenali, l'o. epatica, lienale, del midollo delle ossa e pancreatica, l'o. polmonare, l'o. orchitica, prostatica e nervosa, l'o. ovarica, le varie opoterapie, muscolare, parotidea, mammaria, cartilaginea. Questi capitoli sono seguiti da un altro sulla tecnica delle preparazioni e della somministrazione degli organi e degli estratti organici, e sono preceduti da alcuni cenni storici sul soggetto e da un capitolo sul concetto odierno dell'organo-terapia e sulla teoria di Brown-Séquard.

Interessantissimo in modo speciale è il capitolo sull'opoterapia tiroidiana nel quale sono riportati splendidi esempi dell'efficacia di questo metodo di cura non solo nei casi di arresto di sviluppo di origine mixoedematosa, ma anche negli arresti o ritardi di crescita negli individui non mixoedematosi, come pure dell'efficacia sua in altre affezioni

del ricambio materiale non dipendenti da causa tiroidea; a questo proposito sono riportati i lavori più recenti dell'Herzoghe d'Anversa, il quale più specialmente si è occupato dell'influenza dei prodotti tiroidiani sulla crescita.

L'A. promette poi, e questo non potrà che accrescere maggiormente il valore di questo volume, di pubblicare ogni anno un supplemento il quale conterrà tutte le novità comparse sull'argomento durante l'anno, che si riterranno maggiormente degne di richiamo scientifico e di importanza pratica.

NOTIZIE

Inchiesta rinologica.

Pregati dall'egregio prof. Grazzi, pubblichiamo ben volentieri la seguente comunicazione:

Il prof. V. Grazzi dell'università di Pisa, essendo stato incaricato dal presidente della Società Italiana di Laringologia, Otologia e Rinologia di una relazione sulla Fisiopatologia dei nervi olfattivi, sarà grato a tutti coloro che vorranno mandargli, (8 Borgo de' Greci Firenze) le loro pubblicazioni o le notizie bibliografiche riguardanti quell'argomento.

ERRATA-CORRIGE

Nel cartogramma inserito a pag. 588, del fascicolo precedente, a corredo della memoria del colonn. med. De Renzi: *la Tuberculosis nell'esercito ecc.*, incorse un errore, che preghiamo i lettori di correggere essi stessi. L'Isola di Sardegna fu lasciata in bianco, mentre doveva essere tratteggiata colla tinta più carica, presentando essa precisamente la cifra massima dei riformati.

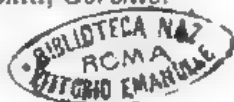
Il Direttore

Dott. P. PANARA, colonnello medico.

Il Redattore

D.^o RIDOLFO LIVI, capitano medico.

GIOVANNI SCOLARI, Gerente.



RIVISTA DI OCULISTICA.

Grimsdale. — Ambliopia tossica	Pag. 747
De Bourgon. — Il bromidrato di scopolamina nella terapia oculare	748
Schmidt Rimpier. — Sull'ulcera rodente della cornea	749
Neuschüler. — L'azotato di cocaina nelle cauterizzazioni col nitrato d'argento	750
Fuchs. — Le concrezioni nella congiuntiva	750
Volhagen. — Atrofia ereditaria del nervo ottico	751
Seifert. — Sui rapporti fra le malattie del naso e quelle degli occhi	751

RIVISTA DI ANATOMIA E FISIOLOGIA NORMALE E PATOLOGICA.

Fusari. — Contributo allo studio delle formazioni paratiroidi nell'embrione umano	Pag. 753
Bruschini e Giuranna. — Sul rapporto tra albuminuria e pressione cardio-vascolare	753

RIVISTA DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE.

Jellien. — Il vetro bleu in sifilografia	Pag. 756
Silberstein. — Unguento cinereo per uso interno nella sifilide	755
Radestock. — I preparati di odio e loro dose nella cura della sifilide	755
Ehrmann. — Sulla sifilide senza esantema	756
Ehrmann. — L'arotropina nell'uretrite posteriore	756

RIVISTA DI TERAPEUTICA.

Broca. — Il lievito di birra contro la foruncolosi	Pag. 757
Ebrson. — La peronina (Merck), nuovo sedativo	758
Dresser e Floret. — Biscattato di morfina o eroina	759
Drews. — Il trionale	760
Loeb. — L'ortofornio come anestetico in iniezioni intramuscolari	760
Oakhyle. — Sul trattamento delle scottature specialmente mediante l'acido picrico	761

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE.

Esmerch. — Sulla lotta dell'umanità contro gli orrori della guerra	Pag. 762
--	----------

RIVISTA D'IGIENE.

Schultz. — Azione degli antisettici sul bacillo della peste bubbonica e disinfezione degli effetti e dei locali contaminati dalla peste	Pag. 767
Proust. — Difesa dell'Europa contro la peste bubbonica	768
Ziemann. — Ueber Malaria und andere Blutparasiten nebst Anhang: Eine wirksame Methode der Chromatin und Blutfärbung	770
La Dautou. — Il fagedenismo dei paesi caldi	771
Pescarolo e Bormann. — Sulla trasmissibilità per la via rettale dell'infezione tifica col bulbo dei termometri	777
Fairbanks. — Sulla disinfezione delle camere coi vapori di formaldeide	777
V Congresso internazionale d'idrologia, climatologia e geologia medica di Liegi	779
Abba, Orlandi e Rondelli. — Sul trasporto dei batteri per mezzo delle acque del sottosuolo	784

RIVISTA BIBLIOGRAFICA.

Fazio. — Manuale di opoterapia	Pag. 783
--	----------

NOTIZIE.

Richiesta rinologica	Pag. 784
--------------------------------	----------

Errata-corrige	Pag. 784
--------------------------	----------

GIORNALE MEDICO DEL REGIO ESERCITO

Direzione e Amministrazione: presso l'Ispettorato di Sanità Militare
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra)

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO.

Il *Giornale Medico del R.° Esercito* si pubblica l'ultimo giorno di ciascun mese in fascicoli di 7 fogli di stampa.

L'abbonamento è sempre annuo e decorre dal 1° gennaio.

Il prezzo dell'abbonamento e dei fascicoli separati è il seguente.

	Abbonamento annuo	Un fascicolo separato
Regno d'Italia e Colonia Eritrea L.	12 —	1 10
Paesi dell'Unione postale (tariffa A) "	15 —	1 30
Id. Id. Id. (id. B) "	17 —	1 50
Altri paesi "	20 —	2 70

L'abbonamento non disdetto prima del 1° dicembre s'intende rinnovato per l'anno successivo.

I signori abbonati militari in effettività di servizio possono pagare l'importo dell'abbonamento per mezzo dei rispettivi comandanti di corpo (anche a rate mensili).

Agli scrittori militari è dato in massima un compenso in danaro.

Le spese per gli estratti e quelle per le tavole litografiche, fotografiche, ecc., che accompagnassero le memorie, sono a carico degli autori.

Gli estratti costano L. 7 per ogni foglio di stampa (16 pagine), o frazione indivisibile di foglio, e per cento esemplari. Il prezzo è eguale sia che si tratti di 100 esemplari o di un numero minore.

I manoscritti non si restituiscono.

GIORNALE MEDICO

DEL

REGIO ESERCITO

Anno XLVII

N. 8. — 31 Agosto 1899

ROMA

TIPOGRAFIA ENRICO VOGHERA

Gli abbonamenti si ricevono dall'Amministrazione del giornale
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra)

171. 99

SOMMARIO

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE FASCICOLO

MEMORIE ORIGINALI

Lazzari. — Su di un caso di frattura del mascellare inferiore . . .	Pag. 785
Margotta. — La seroterapia nella pneumonite . . .	796
De Lulija. — Sopra un caso di frattura trasversale dei mascellari superiori con frattura cominuita delle ossa nasali . . .	806

RIVISTA DI GIORNALI ITALIANI ED ESTERI.

RIVISTA MEDICA.

Winkler. — L'intervento chirurgico nelle epilessie . . .	Pag. 811
Angelini. — Valore diagnostico dell'atassia cerebellare . . .	816
Taldelli. — Osservazioni sugli effetti del sanguisuglio all'ano in alcuni casi morbosì . . .	817
Jaworski. — Sulla cura della diarrea catarrale con l'acqua calcinata effervescente . . .	818
Rencoroni. — Le anomalie di moto negli epilettici . . .	819
Sello. — Su alcuni esiti non ordinari e sulla complicazione della polmonite fibrinosa . . .	820
Beck. — Valore diagnostico dei raggi Röntgen nella arteriosclerosi . . .	821
Noorden. — Circa la cura dell'asma bronchiale . . .	821
Martynov. — Cura dello scorbuto con l'uso interno della tintura di iodio . . .	822
Lublinski. — Cura dell'epistassi . . .	823
Chotawa e Cordes. — Sull'ozena . . .	823
Michaelis e Mayer. — Reperti batteriologici nel sangue dei tisiici . . .	824
Rosenheim. — Sulla distipsia nervosa . . .	825
— Cura della nevralgia ischiatica con le compresse d'acqua calda . . .	826
Olsson. — I Raggi X nei reliquati di pregresse pleuriti . . .	826
Iervay. — Il dolore di testa e le sue relazioni colle malattie degli orecchi, della gola e del naso . . .	827
Bradburg. — Insonnia e ipnotici . . .	829
Cavazzani. — Ematemesi essenziale . . .	833
Merk. — Dermatosi albuminuriche . . .	833
Klippel. — Dei disturbi del gusto e dell'odorato nella tabe . . .	834
Piorkowski. — Un metodo semplice per stabilire la diagnosi di tifo . . .	835
Eisenburg. — Sulla patologia e terapia delle nevralgie . . .	836
Schoth. — Le nevrosi cardiache e loro trattamento . . .	836

RIVISTA CHIRURGICA.

Rydygler. — Asepsi ed antisepsi delle ferite . . .	Pag. 842
Mikulicz. — Disinfezione della pelle e delle mani mediante spirito saponato . . .	843
Tilmann. — Cura chirurgica dell'ascite . . .	845
Neumann. — Sulla cura operativa dell'ascite nella cirrosi epatica . . .	847
Link. — Nuova sutura nell'operazione radicale dell'ernia senza fili perduti . . .	849
Hübner. — La barba degli operatori causa di infezione nelle operazioni asettiche . . .	850
Wirtz. — Ascesso sotto corticale del cervello consecutivo a un traumatismo senza lesione del cuoio capelluto ne delle ossa del cranio . . .	851
Soubbotine. — La sutura sottocutanea . . .	852
Ferris. — Prove cliniche di opoterapia tiroidea come stimolante della rigenerazione ossea . . .	853
Hahn. — La formalina contro la tubercolosi chirurgica . . .	854
Snegulreff. — Un nuovo materiale riassorbibile per suture e legature . . .	855
Silberberg. — Sulla sutura dei vasi sanguigni . . .	856
Langamak e Mogeis. — L'argilla quale materiale da medicazione aseptica ed antisettica . . .	857
Eichel. — Sulla trasfusione cloruro-sodica nelle cavità peritoneali . . .	858
Schlikka. — Sull'uretrotomia interna . . .	859

(Per la continuazione dell'indice vedasi la pagina 3^a della copertina).

SU DI UN CASO DI FRATTURA DEL MASCELLARE INFERIORE



Memoria letta nella conferenza scientifica tenutasi il 9 gennaio nell'ospedale militare di Perugia dal sottotenente medico di complemento **Lorenzo Lanzari**.

Il caso clinico che ho l'onore di presentare pur non rivestendo quel carattere d'importanza chirurgica che sarebbesi desiderato per una illustrazione, non parmi del tutto da dispregiarsi, specie dal lato terapeutico. È un contributo debole, se si voglia, perchè isolato, ma perciò non meno chiaro al non intervento oruento, mentre dai più è ritenuto indispensabile in simili evenienze l'intervento. Forse questo agire sarebbesi tacciato di pusillanimità se non di inettitudine da molti chirurghi insotferenti di qualsiasi indugio operativo: però il risultato da noi ottenuto è sufficiente prova della bontà del metodo, di non ricorrere che in via di assoluta necessità ad operazioni di qualche importanza.

Ma innanzi tutto due parole di storia.

Nella sera del 3 del testè decorso novembre il soldato Venturi Fiorenzo, della classe 1875, effettivo nel 1° reggimento artiglieria, trovandosi di guardia scuderia nella propria caserma, riceveva accidentalmente da un cavallo un calcio alla faccia riportandone le seguenti lesioni: 1° una ferita di 2 centimetri circa in corrispondenza dell'osso zigomatico di sinistra, interessante semplicemente gli strati superficiali della pelle;

2° una ferita lacero-contusa al mento dello stesso lato, molto sanguinante, a margini divaricati e frastagliati, lunga 3 centimetri e profonda fino all'osso; 3° frattura a becco di flauto della branca orizzontale sinistra della mandibola con spostamento dei frammenti. In tali condizioni veniva ricoverato immediatamente in questo nostro ospedale. Delle sovra accennate lesioni la più interessante e degna di nota si è certamente la frattura del mascellare inferiore; di questa appunto noi intendiamo brevemente trattare chiamando l'attenzione quasi esclusivamente sulla cura seguita. Nulla infatti di speciale ci offrono l'etiologia e la forma, quasi nulla le complicatezze.

La causa è delle più ovvie e comuni: un calcio di cavallo; la forma delle più semplici; perchè si ha è vero, frattura esposta per squarcio di tutti i tessuti sovrastanti all'osso, ma non abbiamo una di quelle varietà comminute a frammenti multipli così facili ad avverarsi data la fragilità della mandibola, per la grande sua compattezza e la sede della lesione: il corpo del mascellare. Né si accompagnarono ad essa degli accidenti e complicatezze tutt'altro che infrequenti, si da rendere il caso più importante benchè più grave e di meno fausta prognosi, almeno *quoad functionem*. Era però veramente degno di nota un rimarchevole spostamento dei due frammenti mandibolari. La linea di frattura partendo dall'interstizio tra l'incisivo esterno ed il canino di sinistra scendeva obliqua dall'alto al basso e dallo avanti all'indietro, fino a terminarsi a 5 centimetri circa dalla sinfisi del mascellare, interessando tutto lo spessore dell'osso, in modo da risultarne una netta frattura a becco di clarinetto con la punta del frammento posteriore acuminatissima e la superficie interna dell'osso molto più compromessa che non la esterna. Da ciò l'esagerato spostamento: i muscoli ele-

vatori della mandibola, e cioè il temporale, il massetere ed i pterigoidei interni, traevano fortemente in alto il frammento posteriore, che contemporaneamente era spinto anche in dentro per l'azione di soli questi ultimi: mentre il milo-ioideo e il genio ioideo abbassavano il frammento inferiore: anzi la frattura, liberandosi inferiormente proprio là ove ha termine l'inserzione del massetere, ne subiva maggiormente l'azione. Integro era il pavimento della bocca e la mucosa orale: i denti, specie gli incisivi alquanto scossi, ma non divelti. Tentando la riduzione ci si riusciva con non poca difficoltà dietro ripetuti sforzi e dolori atroci del paziente: non si otteneva però di far rimanere i due frammenti in posto, poichè non appena liberati ritornavano a divaricarsi come per lo innanzi suscitando nuovi dolori al ferito.

Quale doveva essere in tali circostanze il pronostico, quale il trattamento curativo? Riservata era certamente la prognosi vuoi perchè è sempre da temersi un processo infettivo per la vicinanza della cavità orale, forse per la predisposizione anatomica dell'osso, avendosi in esso (a somiglianza del timore) numerose e larghe vie venose nei canali del Brochet, vuoi perchè spesso volte l'ossificazione del callo viene a mancare. La cura per contrario non avrebbe lasciato dubbio alcuno; lo spostamento era enorme, quindi sutura metallica dei due frammenti come il mezzo più sicuro per ovviare ad ulteriori movimenti dei melosini. Nè l'indicazione poteva essere più opportuna, tanto più che allargando di nuovo la breccia già esistente pel trauma, potevasi senza grave difficoltà raggiungere lo scopo. Però prima di ricorrere ad un atto operativo, che, non ostante la sua relativa leggerezza pur non dimeno era sempre da posporre in primo tempo e per la semplicità della lesione e per i non rari effetti nocivi,

anche a distanza, del cloroformio, ed infine anche per il tempo e le modalità occorrenti, preferimmo tentare il coattamento permanente della frattura legando fra loro i denti che erano all'estremo dei frammenti.

La mattina del 4 quindi, previa accurata disinfezione della parte ed essendo già suturata, con quattro punti a tutto spessore, la ferita lacero-contusa del mento, mentre un assistente teneva ben ridotta la frattura, si fece passare un filo di seta di medio spessore (n. 3) tra il canino e l'incisivo esterno di sinistra, lo si fece riuscire posteriormente tra il premolare interno ed il canino di destra, e quindi, mentre con una comune pinza lo si teneva in sito spingendolo in basso, lo si legò fortemente allo innanzi, quasi a livello della linea di frattura. Lasciati a sè i frammenti, questi restarono completamente al posto, sì che i denti della mandibola corrispondevano a perfezione con quelli del mascellare superiore. Si procedette quindi alla immobilizzazione dell'articolazione temporo-mascellare, prescegliendo fra le molteplici fasciature, la tipica e più salda che va sotto il nome di *capestro doppio a due gomitoli*: per cui, ben imbottita la parte (detersa già in precedenza e sterilizzata), si fece una prima fasciatura con fascia di cambric ed al disopra una seconda, inamidata; si rinforzò poi la resistenza dell'apparecchio spolverizzando tutta la superficie ancora umida con polvere di amido e gesso da presa.

E qui ci piace di far subito notare che invece di ottenere l'inibizione di qualsiasi movimento dei mascellari spingendoli l'uno contro l'altro in modo da serrare completamente il cavo orale: preferimmo averla per contrasto, ponendo fra i molari di ciascun lato due piccoli cunei di legno ben levigati ed appena sporgenti dai denti, contro dei quali si fecero questi fortemente serrare. Il vantaggio che in simil guisa si

ottiene è certamente non privo d'importanza. Invero, mentre nel primo caso si è costretti ad alimentare l'infermo mediante una sonda attraverso le nari (con quanto piacere e comodità del melesimo ben s'immagina), nel nostro invece l'introduzione degli alimenti si compie benissimo, facendoli aspirare con una comune cannula di vetro o portandoli direttamente per la fessura lasciata tra i denti dai due cunei di legno. Di più la continua ed accurata disinfezione della bocca, cotanto necessaria in simili casi per scongiurare facili e pericolosi processi infiammativi ed intettivi, è resa oltremodo piana e sbrigativa. L'unico inconveniente a cui si potrebbe andare incontro sarebbe una fuoriuscita di saliva piuttosto rimarchevole: però a ciò si ovvia naturalmente con la giacitura orizzontale dell'infermo a testa non troppo elevata.

Questo metodo, dovuto ad Ippocrate, fu imitato e seguito da molti chirurghi (Ellis - Lemaire); ora però è caduto quasi completamente in disuso e ciò per varie ragioni. La legatura dentaria, si disse, agisce solo nella parte alta della frattura; alle volte fa vacillare ed anche cadere i denti su cui capita, se pur non arrechi danno alla lingua od al palato; di più l'ammalato molto spesso non la tollera; infine è di difficile esecuzione, di quasi impossibile stabilità. Tutti questi difetti spesso non esistono; giammai poi sono tali da controindicare da soli il processo ippocratico. La legatura invero non mira ad altro che a tenere in sito i frammenti, il coattamento dei quali è più che mai fatto ed uniformemente mantenuto dalla fasciatura immobilizzante, quindi il primo degli inconvenienti lamentati è in questa guisa totalmente escluso: il vacillamento o la caduta dei denti poi, come pure i guasti che possono avvenire alla lingua od al palato, non difficilmente si ovviano tendendo il filo per quei denti che meno subirono

l'azione del trauma e che restino il più possibilmente vicino, fra loro così il paziente non ne risente nemmeno un gran fastidio e sopporta placidamente l'infittogli martirio. La difficoltà finalmente che s'incontra nell'effettuare la legatura è dovuta soprattutto alla forma del dente ed alla sua levigatezza. Il più delle volte sono gl'incisivi ed i canini quei denti su cui si cerca fissare il filo: ora la loro conicità o la minima rilevatezza della corona da un lato, la lubricità dello smalto dall'altro, fanno sì che facilmente il laccio sfugga e non si riesca nell'intento. Però tale difficoltà è resa senza dubbio quasi nulla quando si cerchi di preferire dei denti a corona ben marcata, oppure di passare il filo in modo che nessun divaricamento risulti fra di essi, il che meglio si ottiene adoperando un filo metallico, che per la sua rigidità può benissimo portarsi fra un dente e l'altro senza bisogno di infiggervelo dall'alto. Di più, coll'uso del filo di platino (o di argento o d'oro che sia) si ottiene eziandio una maggiore stabilità dell'apparecchio, reso così più forte e più coattante: bisogna aver l'avvertenza però nell'adoperarlo di non stringerlo a nodo, ma bensì con semplice torsione, per evitarne la lacerazione ed i relativi inconvenienti che ne deriverebbero.

Ci piace ad ogni modo far rilevare nel presente caso clinico che niuno dei testè accennati inconvenienti sorse a turbare il regolare andamento terapeutico, anzi, tutto procedette così pianamente, che furono superate le nostre stesse speranze. L'infermo fu sempre apirettico, anche negli immediati momenti consecutivi al trauma. La legatura e l'apparecchio non si mossero affatto nè infastidirono menomamente il paziente. La vititazione, esclusivamente liquida, si compieva molto bene a mezzo di una cannula di vetro per aspirazione, e sempre si sorvegliò scrupolosamente la nettezza del cavo orale,

facendo eseguire a brevi intervalli lavaggi ed irrigazioni antisettiche specie con soluzione al 4 p. 100 di clorato di potassio, che corrispose mirabilmente. Si proibì all'infermo qualsiasi movimento mandibolare ed il conversare con chiacchieria. In seconda giornata apparve un edema diffuso a quasi tutta la faccia, ma più specialmente ad entrambe le regioni periorbitarie ed al labbro inferiore: esso però andò man mano dileguandosi spontaneamente fino a che nel quinto giorno era completamente scomparso. Così pure la lieve ferita riportata in corrispondenza dell'osso zigomatico di sinistra e regolarmente medicata, nell'ottavo giorno era del tutto cicatrizzata. Il giorno 26, 22 giorni cioè dall'immobilizzazione si procedette alla rimozione della fasciatura inibitrice per immobilizzare precocemente l'articolazione temporo-mascellare, come è ottima pratica eseguire in tutte le fratture paraarticolari a scanso di possibili anchilosi o semi-anchilosi. La neoformazione che ristabiliva la continuità di forma e di struttura dei due monconi mandibolari, cioè il callo, si era già costituito: anzi dalla sua consistenza duro-cartilaginea poteasi ben ritenere nella prima fase del suo processo di ossificazione, vale a dire già « callo cartilagineo. » Inoltre la ferita lacero-contusa del mento, benchè profonda fino all'osso e discretamente estesa, era perfettamente rimarginata, ottenendosi così una « per primam » veramente sorprendente. Dietro tutto ciò si tolse la legatura interdentaria, si asportarono i punti già riuniti i labbri della ferita, si fecero eseguire all'infermo per un tempo abbastanza lungo dei movimenti di masticazione, di avanzamento e di retrazione del mascellare inferiore, ed infine dopo accurata disinfezione locale, si appose una temporanea fasciatura che solo il giorno di poi, dietro nuova ginnastica mandibolare, si rese stabile ed immobilizzante. Così l'infermo rimase, continuando nel

suo regime alimentare e nel riposo più assoluto, fino al 7 di dicembre, epoca in cui si tornò nuovamente a togliere l'apparecchio ed a fare eseguire nuovi movimenti alle due mascelle. Questa volta il callo erasi considerevolmente ridotto di volume e la sua consistenza ossea mostrava evidentemente trattarsi omai del vero « callo osseo. » La presenza di questo faceva a prima vista apparire alquanto deformata la parte lesa: però il combaciamento perfetto dei denti fra loro toglieva ogni dubbio sullo splendido esito finale. Non si applicò più apparecchio immobilizzante, ma una semplice fasciatura protettiva. In quarantesima giornata, quando cioè la tumefazione costituita dal callo osseo andava lentamente diminuendo, indicando così essersi già iniziato il riassorbimento del medesimo, si cercò di agevolare ed accelerare questo processo involutivo incominciando un regolare e metodico massaggio della regione fratterata. Quindi da un infermiere, abbastanza abile *masseur*, si fece praticare una prima seduta della durata di cinque minuti circa; dessa si ripetè più prolungata il giorno di poi e andò man mano aumentandosi nei giorni seguenti fino a portarla ad una buona mezz'ora.

Il risultato definitivo che si ottenne non poteva certo essere più brillante: la guarigione più completa coronava il nostro operato. Il Venturi lasciò quest'ospedale il giorno 22 dicembre ed ognuno poté constatare l'ottimo suo stato. Non il menomo disturbo sì funzionale che nutritivo notavasi nel medesimo, non asimmetria facciale, non deformità; e solo un tenuissimo residuo del callo osseo (il quale del resto anche nelle fratture più esattamente coattate non impiega meno di uno o due anni per il riassorbimento completo) indicava ancora la linea di frattura.

Come ognuno vede il metodo da noi seguito fu irreprensibile sotto ogni rapporto. A noi piacque far

risaltare col presente caso clinico come spesso volte, pur essendoci ogni indicazione per un intervento cruento, si raggiunga l'identico scopo anche attenendosi ad un processo incruento, più semplice e sbrigativo. Forse nessuno, innanzi alla frattura del Venturi, avrebbe esitato a ritenere di assoluta necessità la sutura metallica: eppure la semplice legatura dentaria bastò a noi per la più splendida guarigione. Come egli è per certo una grave colpa il non intervenire sollecitamente, energicamente quando se ne veggia il bisogno: così è anche da condannarsi l'agire inverso del più! Che se ci facciamo a considerare le speciali circostanze in cui trovavasi il chirurgo militare specie in campagna: vedremo senz'altro raccomandarsi il metodo da noi seguito specialmente per la semplicità e brevità sua. Tutta la terapia invero nella traumatologia di guerra deve mirare ad efficacemente curare nel minor tempo possibile e ciò non solo per la molteplicità dei feriti, ma eziandio per ragioni di tempo, di luogo, di opportunità che ciascuno di noi può facilmente immaginare. Parlando della prima cura delle ferite di guerra, il Volkmann aveva formulato un precetto condiviso dai più illustri cultori di chirurgia militare, che, cioè *la prima medicazione segna la sorte del ferito*. Ora un simile dettato (tanto vero del resto anche nella comune pratica, chè spesso atti operativi pure importanti non sono che l'epilogo di malfatte medicature) a noi pare che non abbia migliore applicazione di quella che potrebbe avere nel caso nostro; poichè se oltre alla scrupolosa medicatura asettica od antisettica che si voglia, fosse possibile ottenere fin dai primi momenti un definitivo trattamento curativo, ne avvantaggierebbe tanto il ferito nella fausta sua prognosi quanto l'intero servizio sanitario nel celere suo disbrigo.

Nè certo mancheranno al chirurgo militare, in qualsiasi circostanza e luogo si trovi, un assistente, del filo,

delle fascie. Il nostro materiale sanitario da guerra è largamente fornito di quanto può occorrere per un pronto ed efficace soccorso: anzi, per il caso nostro particolare, in esso trovansi eziandio dei cuscinetti di guttaperca che, rammolliti nell'acqua bollente ed applicati in striscie sulla corona dentaria del mascellare superiore, servono mirabilmente a contenere ed immobilizzare la mandibola fratturata spinta contro di essi. Questo metodo, dovuto a Morel-Lavallée, non è meno semplice e sollecito della legatura dentaria, di più può essere applicato con vantaggio indiscutibile anche nelle fratture comminute a frammenti multipli. E ciò è da tenersi presente nella pratica di guerra, poichè il mascellare inferiore, per la sua struttura compatta, presenta nei colpi d'arma da fuoco le lesioni delle ossa lunghe, quindi facili fratture comminute. È ben vero che stante i molteplici ed importanti vasi e nervi che trovansi nelle vicinanze del mascellare inferiore (carotide primitiva ed esterna, arteria facciale e linguale, trigemino, ecc.), le complicanze alla sua frattura debbono essere in guerra numerose e gravi: però allora la frattura passa in ultima linea e non sarà certo in sul momento questa che preoccuperà, ma bensì il trarre il ferito, se pure è possibile, dalla certa morte che lo sovrasta. Ora quanto tempo non si risparmierebbe a pro di molti altri infelici feriti, se invece di adottare la sutura metallica, si tentasse, sempre quando fosse possibile, in primo tempo, là per là, uno di questi metodi così semplici e solleciti? Di più dobbiamo anche riflettere che nelle guerre a venire l'opera del sanitario dovrà essere anche più sbrigativa, poichè, tenuto calcolo dei dati statistici delle guerre passate, del perfezionamento delle armi, della rapidità con cui si succedono i varii combattimenti, è da prevedersi che grandissimo sarà il numero dei feriti, e perciò non ci pare superfluo richiamare

l'attenzione dei chirurghi anche in tempo di pace, sulla cura di uno dei più scabrosi traumi, perchè volgano ogni loro sforzo a render sempre più proficua ed adattabile l'opera loro nelle evenienze guerresche. A torto adunque i processi d'Ippocrate e di Morel-Lavallée sono posti in non cale ai nostri giorni: noi invece desidereremmo che nuovi e più numerosi esperimenti dei medesimi ce ne facessero valutare la giusta utilità e l'applicabilità. Se la semplicità è bella ed apprezzata in ogni cosa, non è men bella e desiderabile nell'arte chirurgica: non sempre l'arditezza e la mania operativa giustificano un intervento intempestivo.

LA SIEROTERAPIA NELLA PNEUMONITE

Per il dott. **Cesare Margotta**, tenente medico, 7° alpini

Gran valore certo hanno sull'animo del medico pratico l'autorità e l'esperienza dei sommi, specialmente nella scelta dei metodi e nell'accettazione dei principii che devono guidarci nella cura dei nostri infermi; ma se un po' di esperienza personale può gettare della luce proprio sui rimedi che ogni giorno dobbiamo avere fra mano, è sempre ottima cosa; perchè non bisogna dimenticare che esser grandi non vuol dire infallibili, e che i sommi non cessano di essere uomini, capaci perciò di entusiasmi e di suggestioni come tutti gli altri.

La breve storia di uno pneumonico, curato nell'ospedale civile di Conegliano negli ultimi giorni di marzo, ci permetterà di fare alcune considerazioni pratiche, che, nel mentre non minano la elevatezza del principio, ci renderanno però più calmi e più sospettosi nel procedere.

Lovato Francesco, soldato nella 5^a brigata artiglieria da montagna, dell'età di anni 20, contadino, era individuo di costituzione robusta, di temperamento sanguigno, senza precedenti morbosì degni di nota, con genitori viventi e sani e con fratelli tutti di ottima salute.

Il giorno 26 marzo si presenta alla visita medica, accusando stanchezza insolita, inappetenza, dolori vaganti; la temperatura però è normale. Sul far della sera ha

brivido intenso e febbre, la quale si mantiene alta fino al mattino seguente (39°.5).

Al momento della visita non presenta segni di localizzazioni bene determinate; per cui viene ricoverato all'infermeria del corpo; ma, persistendo l'altezza della temperatura, malgrado qualche leggiera remissione, si pensa ad una forma infettiva incipiente e senza altra perdita di tempo si fa ricoverare all'ospedale civile di Conegliano, dove entra il giorno 28 marzo.

Sintomatologia.

Aspetto dell'infermo alquanto abbattuto, colorito del volto acceso, labbra leggermente cianotiche, tosse secca con scarso espettorato, temperatura 40°.2, polso 120, respirazioni 26.

ESAME FISICO DEL TORACE.

Ispezione. — Nulla di notevole.

Palpazione. — Fremito leggermente aumentato a destra ed in alto.

Percussione. — Nell'istesso punto la risonanza è ot-tusa timpanica.

Ascoltazione. — Nella fossa soprascapolare e nella sottoscapolare la respirazione è aspra, meno accentuata in basso; qualche rantolo umido.

ESAME DEGLI ALTRI ORGANI.

Cuore. — Toni oscuri, senza vizi valvolari.

Fegato e milza. — Leggermente ingranditi.

Reni. — Niente di notevole.

L'esame microscopico dell'espettorato ritrova il *diplococco di Fränkel*.

Si fa senz'altro diagnosi di *pneumonia fränkela* e questa viene ancora confermata dalla comparsa di altri sintomi clinici caratteristici — come lo *sputo rugginoso*. —

Si somministrano quaranta grammi di *olio di ricino* e vengono applicati larghi cataplasmi senapizzati sul petto.

29 marzo - Durante le prime ore del giorno la temperatura scende a 39° 8, il polso a 105, ma cresce il numero delle respirazioni (28). Il resto della giornata trascorre senza niente altro di notevole.

Verso sera il termometro segna 40° 6, le pulsazioni risalgono a 110 con 36 atti respiratori; il volto è alquanto cianotico.

In vista del peggioramento dello stato generale e dell'inceppamento circolatorio, si tenta il salasso con esito abbastanza lodevole.

Contemporaneamente, perdurando lo stato grave dell'infermo, senza tralasciare gli antichi e più accreditati metodi di cura, si pensa alle iniezioni di *siero antipneumonico*.

La prima iniezione viene praticata sulle ore 16, mentre la temperatura era elevatissima. La notte passa con leggiero delirio, rimanendo invariati gli altri sintomi.

30 marzo - Alle ore 8 si pratica un'altra iniezione; e, non vedendo miglioramento dei sintomi generali, alle ore 17 si rinnova.

Lo stato dell'infermo durante la notte è il seguente:

Delirio; tosse con espettorato abbondante, denso rugginoso; temperatura oscillante fra 39° 5 e 40°; polso frequente (da 106 a 110); il respiro varia dai 35 ai 40 atti respiratori.

31 marzo. L'esame fisico del torace fa riscontrare *rantoli di ritorno* all'apice polmonare destro e diffusione di processo al polmone sinistro.

Le urine sono più abbondanti dei giorni scorsi.

Alle ore 8 la temperatura era sui 39°, polso 110, respirazioni 30.

Sulle ore 10, essendo il termometro salito a 39°.5 e la respirazioni a 38, si ripete la iniezione di siero.

L'effetto non è quello desiderato e che giustamente si aspettava; i fenomeni, invece di rimettere, si esacerbano.

Alle 17 la temperatura aveva raggiunto i 40°.2, il polso era salito a 130 e le respirazioni a 60.

In vista di questi fenomeni gravi, si iniettano altri 10 centimetri cubi di siero. Ciò malgrado temperatura, polso, e respiro non si modificano affatto; anzi sulle ore 21 si deve rifare l'iniezione di siero e poi di olio canforato, perchè il polso era frequentissimo (135) e debole, ed il respiro affannoso (62 respirazioni).

1° aprile. — L'infermo non chiude occhio durante la notte, quantunque il delirio sia meno accentuato; ma la respirazione si mantiene sempre affannosa.

Nelle prime ore antimeridiane l'infermiere viene chiamato perchè l'ammalato è irrequieto; si calma quasi subito dopo una scarica abbondante di materiali fecali.

Alle ore 8 le condizioni sono le seguenti:

Temperatura 39°.9; polso 130, respirazioni 40.

Si fa la prima iniezione di siero. Più tardi si risveglia il delirio, ha perdita involontaria di feci e di urine, polso piccolo, stato generale depresso.

Alle ore 16 la temperatura era salita di nuovo a 40°.4, il polso a 135, le respirazioni a 60.

Si ripete l'iniezione.

2° aprile. Il delirio persiste tutta notte, la temperatura si mantiene elevatissima, il respiro affannoso.

All'ora della visita (8) l'aspetto dell'infermo è abbastanza buono, il sensorio discretamente libero, ma il polso ed il respiro sono immutati.

Dopo mezzogiorno l'infermo va sempre più aggravandosi ed alle ore 18 muore.

Questa la storia; veniamo ora alle nostre considerazioni.

Il professore De Renzi in una nota sulla cura della pneumonite, nel *Poliklinico* del 1° marzo 1898, così chiude il suo articolo.

« Per me sta il fatto che il siero nella pneumonite è l'unico rimedio razionale ed il più valido, per efficacia, che fino ad oggi si conosca. »

Certo che, a leggere una nota simile, trovandosi al letto di un polmonitico, verrebbe la voglia di abbandonare qualunque altra cura per darsi a tutt'uomo alla sieroterapia; ma l'entusiasmo subisce un gran tracollo innanzi a dei casi per quanto isolati pur altrettanto eloquenti.

Seguiamo per un momento lo svolgersi dei fatti accennati nella storia precedente, e vediamo se proprio corrispondono a quelli che secondo il De Renzi e gli altri sarebbero da considerare come certi.

Dividiamo, per comodità di esame, il gruppo dei fenomeni *generalizzati* da quelli *locali*; occupiamoci innanzi tutto dei primi, in seguito parleremo degli altri.

Il professor De Renzi, volendo studiare l'azione del siero soltanto nei casi estremi, dice di averlo usato a preferenza negli infermi con *pneumonite gravissima*; in quei casi, cioè, in cui *l'indizio clinico gli faceva prevedere un decorso sfavorevole*.

E dice: « Dopo un'iniezione di notevole quantità di siero, ho sempre notato un *forte* abbassamento della curva termica. Malati con temperatura a 40° — $40^{\circ}.7$ furono tanto benedetti dall'iniezione di siero che la febbre scese a $38^{\circ}.5$ — 38° , per poi scomparire del tutto ancora prima dell'epoca abituale della crisi. »

E, come per avvalorare il fatto, cita il caso di una infelice visitata anche dal professor Rossoni, che nel 3° giorno di malattia, pur presentando tutti i segni fisici

della *pneumonite fibrinosa nello stadio di epatizzazione*, era completamente *sfebrata*.

Egli attribuisce la cosa all'azione del siero che in questa inferma venne adoperato fin dall'inizio della malattia.

Gli altri autori sono quasi tutti concordi nell'ammettere la benefica azione del siero sulla temperatura. Il professor Foà nel 1891, applicando il siero in un caso di *polmonite in quarta giornata*, vide cadere la febbre, e cominciare la crisi dopo 2 iniezioni di 5 centimetri cubi.

Il Bozzolo in 5 esperimenti con siero di conigli immunizzati col metodo di Belfanti (con sputo pneumonico filtrato) ebbe defervescenza della febbre subito dopo ogni iniezione.

Viceversa i prof. Riva e Maragliano in una serie di esperimenti non ebbero effetti molto decisivi.

Nel nostro caso come si è comportata la temperatura dopo le iniezioni di siero?

Le iniezioni furono cominciate molto per tempo, in 3^a giornata, quantunque il male pel complesso dei fenomeni, per la robustezza dell'infermo, per l'assenza dei fatti ereditari, non lasciasse prevedere un esito infuosto.

La quantità di siero adoperata non oltrepassava i 10 centimetri cubi per volta.

La iniezione praticata alle 8 del giorno 30 marzo non diede risultati positivi, perchè la temperatura si mantenne sempre intorno ai 39°.5; la 2^a iniezione fatta sulle ore 17 non ebbe miglior fortuna, perchè la temperatura, dopo l'iniezione e durante tutta la notte, oscillò continuamente fra i 39°.5 e i 40°.

Dunque non solo non vi furono forti abbassamenti, ma neppure accenni a modificazioni.

Alle ore 8 del giorno 31 la temperatura era 39°; ma alle 10, essendo risalita a 39°.5 si rifece la inie-

zione. La curva termometrica invece di abbassarsi andò crescendo gradatamente fino alle 17, quando aveva raggiunto un massimo di 40°.2 con 60 respirazioni. Ripetuta la iniezione di siero non si ebbero benefici effetti per cui alle ore 21 si ritentò, e si iniettò anche dell'olio canforato perchè il polso era frequentissimo e debole e le respirazioni 62.

Contemporaneamente, fatta l'osservazione fisica degli organi respiratori, si constatarono rantoli di ritorno a destra e la diffusione del processo al polmone sinistro.

Continuando le iniezioni fino al giorno della morte, si è potuto così constatare che, dall'inizio della malattia fino al giorno 2, non si è mai avuto un vero ed efficace abbassamento della temperatura, che si possa con ragione attribuire al rimedio usato.

Oltre all'azione evidente sulla temperatura, si è voluto attribuire al siero antipneumonico un'azione non dubbia sulle condizioni generali e sul potere dinamico degli infermi; ma noi nel caso citato non abbiamo potuto in alcun modo verificarlo; il polso si è mantenuto sempre frequente e sostenuto nei primi giorni come avviene specialmente in tutti gli ammalati di costituzione robusta, per farsi piccolo ed aritmico verso il 5° o 6° giorno di malattia; così pure le respirazioni sono andate gradatamente crescendo per arrivare ad un massimo di 62.



Del resto gli abbassamenti di temperatura non è meraviglia si riscontrino nei pneumonici. Il corso della febbre nella polmonite e per lo più *remittente* con *accentuata tendenza ad isolati e notevoli abbassamenti*. Al principio della malattia, dice lo Strümpell, si hanno delle volte diminuzioni di temperatura che si possono

scambiare per *crisi reali*, mentre più tardi il riaccendersi delle febbri fa riconoscere un errore di apprezzamento; per ciò esse passano col nome di *pseudo-crisi*; senza contare che vi sono alcune polmoniti che decorrono con febbre spiccatamente intermittente e che non hanno nulla da fare con le infezioni malariche.

Ora, se noi abbiamo costantemente la modificazione della curva termica in seguito all'uso di un dato rimedio, in modo da legarli insieme come *causa ed effetto*, rimane molto problematica l'azione benefica che vogliamo attribuire ad alcune sostanze.

Ma il De Renzi cita il caso dell'inferma, visitata anche dal prof. Rossini, che con tutti i segni fisici della *epatizzazione pneumonica*, in 3^a giornata, non presentava neppure un grado di febbre. Ma quella crisi è proprio succeduta per azione diretta del siero? E metto innanzi questo dubbio, perché anche noi, contemporaneamente al caso citato, abbiamo avuto un soldato del 7^o alpini, osservato da me la prima volta, che presentava segni *general*i e *local*i di *pneumonia franca*, constatata più tardi all'ospedale e confermata dallo sputo *rugginoso* caratteristico e dall'*esame microscopico*, ed anche quest'infermo in 3^a giornata ebbe abbassamento di temperatura fino all'apiressia, senza che il siero operasse tale miracolo, perenchè fu fatta la sola cura del Tood. Ed allora nasce il sospetto che nel caso del De Renzi il siero abbia raccolto degli allori immeritati che sarebbero piuttosto spettati all'inferma per gli *ottimi poteri di difesa* ereditati da madre natura.

* * *

E che diremo del potere del siero sulle alterazioni locali? Tutti sono d'accordo nel riconoscere la completa impotenza del rimedio sulle alterazioni polmonari già avvenute; e ciò non è difficile capire, perché

tanto ammettendo che il siero abbia un *potere di arresto dell'infezione* come il *sollevamento dei poteri organici* (che equivarrebbe al raccoglimento di tutte le forze organiche disponibili per fare al nemico una energica resistenza,; ciò non influirebbe sulla risoluzione dei disturbi locali, i quali sono costretti a seguire la loro evoluzione ordinaria regressiva.

Ma, qualunque sia la teoria che si voglia seguire, quella di Emmerich sul potere batterioida del siero, o quella di Issaëff sul potere *attenuante*, o quella dei fratelli Klemperer sull'azione antitossica o quella del Mannes sull'azione eccitante del *potere fagocitico* dei globuli bianchi, la conclusione è sempre quella, cioè combattere *direttamente o indirettamente* l'infezione, e quindi attenuarne le conseguenze.

Ma se, come nel nostro caso, vediamo dopo parecchie iniezioni di siero, le alterazioni locali progredire continuamente fino a diffondersi da un polmone all'altro con la massima rapidità e gravezza, noi dobbiamo per lo meno venire in sospetto delle affermazioni fatte, e concludere che forse *in vitro* le cose sono ben differenti da ciò che avviene nell'organismo, e che, se esso non ha mezzi di difesa suoi propri, il siero non li crea certamente.

*
* *

Queste poche considerazioni non hanno al certo lo scopo di indebolire la fiducia che dobbiamo avere nella siero-terapia che, come cura delle malattie infettive, è destinata a grandi risultati; ma lo scopo è invece di mitigare gli entusiasmi facili che indirettamente fanno un gran male ai nostri ammalati, predisponendo il medico a fidarsi troppo di certi mezzi curativi e a trascurare quegli altri che finora, in mani esperte, hanno pur dato degli effetti abbastanza lodevoli.

Un caso non può dettar legge: ma se a questo aggiungiamo i risultati poco soddisfacenti avuti negli ospedali di Roma, possiamo concludere che noi non abbiamo l'intenzione di combattere e minare il metodo, ma che non possiamo d'altro parte fare gran chiasso intorno al siero del prof. Pane, il quale finora, con tutte le buone intenzioni di chi lo ha preparato e di chi lo ha messo in uso, non ha dato altro di bene accertato che la sua innocuità.

SOPRA UN CASO DI FRATTURA TRASVERSALE DEI MASCELLARI SUPERIORI CAUSATA DA CAUSA TAFLE O LA VASALI

Conferenza tenuta nell'ospedale militare principale di Napoli il 4° luglio 1898
dal Sottotenente medico dott. **Edoardo De Lutijn**

Il caso clinico, che ho l'onore di presentare, non è nuovo, nè peregrino, e lo sottopongo ai colleghi solo per il successo completo della cura, per il modo come fu ottenuta e per la rapidità della guarigione.

Tabasco Rosario, soldato della classe di leva 1875, del 13° cavalleria Monferrato, è individuo di costituzione sana, di sviluppo scheletrico vantaggioso, e si sarebbe potuto dire anche esente da qualsiasi imperfezione fisica se non si notasse un certo grado di divaricamento delle arcate dentarie, stando l'individuo a bocca chiusa. Tale imperfezione può dirsi quasi congenita poichè si presentò dopo la comparsa degli ultimi molari, essendone questi la causa unica ed essenziale, come risulta dalla loro posizione e conformazione. Questi ultimi molari, pur occupando il loro posto normale, sono leggermente rivolti in avanti ed all'esterno con cuspidi molto sviluppati ed appuntati, in modo da non permettere, toccandosi, l'avvicinarsi delle arcate dentarie.

Q ciò, del resto, non impedisce la masticazione, che credo però non debba essere completa, quantunque l'infermo assicuri il contrario.

Il 3 giugno del corrente anno, mentre attendeva al governo del suo cavallo, ebbe, da un altro cavallo che gli passava vicino, un calcio in piena faccia, onde, immediatamente, fu inviato in quest'ospedale.

Al vederlo faceva spavento. Egli presentava gonfiore a tutta la faccia, con forte edema ed ecchimosi delle palpebre che erano completamente chiuse. dal naso, enorme e sformato, veniva fuori sangue piuttosto abbondante. Il labbro superiore era abbassato, specie al lato sinistro; e, sotto la pinna nasale dello stesso lato, si notava una piccola ferita lacero-contusa, lunga un centimetro o poco più, di cui residua una lieve cicatrice. Ciò all'ispezione.

Alla palpazione si avvertiva sul naso un caratteristico e ben distinto scricchiolio delle ossa nasali e, nella bocca, tutta l'arcata dentaria superiore aveva una mobilità anormale ed era spostata in alto, in dietro ed a destra.

Passando il dito indice sulla gengiva, nel solco gengivo-labiale, si notava a destra, uno scalino nell'osso mascellare, in corrispondenza del setto tra il penultimo e l'ultimo vero molare, ed a destra un altro analogo, ma in senso inverso.

Fra questi due punti tutta l'arcata dentaria superiore col palato duro, era completamente mobile, potendo compiere discrete escursioni.

Anche dalla bocca veniva fuori un poco di sangue che l'infermo a stento poteva sputare. La mucosa orale era integra. Tale era lo stato del Tabasco quan lo venne alla nostra osservazione.

Il caso, ripeto, non è nuovo, né di diagnosi difficile; qui, noi ci troviamo in presenza di un caso tipico di frattura comminuta delle ossa nasali con frattura trasversale dei mascellari superiori.

Caratteristica è la mancanza di esoftalmo e di enfisema, di cui spesso parlano gli autori, e ciò trova forse

spiegazione nell'integrità della parete inferiore dell'orbita che copre l'antro di Higmore, come dei seni frontali che vanno nell'orbita, e dei seni etmoidali, parete orbitaria interna dell'osso lacrimale (Berlin, Marcus).

Spesso, in simili casi, si ha a notare una diminuzione di sensibilità o l'anestesia di una metà del labbro superiore e del naso dalla parte corrispondente, ma nel nostro infermo nulla avemmo da osservare di tutto ciò.

Mi è piaciuto far rilevare la mancanza di questo sintomo, perchè il Richet lo vuole attribuire alla frattura del mascellare superiore, il Jarjavay a quella dell'osso zigomatico, ed il Dubreuil ammette che può essere prodotto dalla frattura di ambedue queste ossa, potendo avvenire una lesione dell'intraorbitale in ambedue i casi, basandosi su sue osservazioni. In tutto ciò rimane dubbio se si debba riferire più all'uno che all'altro, nè la lesione del Tabasco porta su ciò nuova luce, essendo restata sempre integra la sensibilità, sia del naso come del labbro e di tutte le altre regioni.

Nello stato in cui il Tabasco si trovava due erano le indicazioni impellenti cui principalmente il chirurgo doveva attenersi: combattere cioè la emorragia e l'edema infiammatorio reattivo. Ottemperare alla prima indicazione non era cosa facile, nè era sufficiente il tamponamento anteriore delle fosse nasali, mentre ne era impossibile il posteriore, e ciò per la deformazione completa delle narici.

Ad ottenere lo scopo era indispensabile rendere beanti le narici; onde, confortato dal saggio consiglio del signor maggiore medico D'Ajello, alla cui dipendenza mi trovavo ed a cui rendo sentimenti di grazie più sentite, assistito dai caporali aiutanti dottori Pisani e Falcocchio, mi acciui all'opera.

Ho detto: era indispensabile rendere beanti le narici, cioè coattare i frammenti: onde, servendomi di un

comune catetere Thompson, incominciai con delicatezza massima a manovrare, introducendolo successivamente nelle narici, con un leggiero movimento rotatorio e piggiando esteriormente sul naso, man mano che il catetere progrediva.

La manovra fu piuttosto lunghetta e paziente, ma ottenni l'intento.

Con questo però noi non avevamo ottenuto il desiderato massimo, cioè non avevamo ancora dato al naso la forma primitiva, onde s'imponeva l'indicazione di procedere al tamponamento. Ma tamponando con semplici batuffoletti si andava incontro a due inconvenienti:

1° Difficilmente si sarebbero potuti portare ad un'altezza considerevole, quanto era necessario.

2° Si sarebbe impedita al paziente la respirazione pel naso e lo si sarebbe dovuto costringere a rimanere, per respirare, con la bocca continuamente aperta, ciò che sarebbe stato poco indicato per la cura dei mascellari superiori.

Così, per ottemperare alla indicazione e per ovviare agl'inconvenienti citati, ci servimmo di due estremi di cateteri Thompson, lunghi cinque centimetri, che rivestimmo di garza idrofila, e introducemmo nelle narici, come si usa con la cannula del Dupuytren per l'operazione della pietra col metodo laterale lateralizzato. E lo scopo fu raggiunto completamente, i frammenti rimasero in sito coattati, l'emorragia frenata ed il Tabasco potette respirare pel naso piuttosto liberamente.

Provveduto così all'urgenza massima del caso, potemmo procedere più calmi all'esame della frattura dei mascellari superiori e tentarne la riduzione. Poggiando in fatti, l'indice ed il medio della mano sinistra sulla superficie esterna o facciale del mascellare di destra ed il pollice destro sulla superficie interna del mascel-

lare di sinistra, e facendo pressione da destra a sinistra, e traendo anche da dietro in avanti si aveva la riduzione quasi completa della frattura che però non si manteneva, onde fu mestieri ricorrere a dei mezzi per mantenerla così ridotta.

Ma intanto, prima di procedere oltre, era duopo combattere la flogosi che tanto rapidamente erasi manifestata ed in ciò ci servimmo di semplici posche, bagnate in acqua diacciaa, che venivano ricambiate continuamente non appena riscaldate.

Queste bagnature furono praticate fino al giorno 10, in cui il gonfiore della faccia era quasi completamente scomparso.

Intanto, malgrado le continue manovre per mantenere coattati i frammenti dei mascellari superiori, essi si ostinavano ad allontanarsi fra loro. Ed allora due vie ci si paravano innanzi: o ricorrere a mezzi cruenti ed attenersi ad apparecchi di protesi.

Più difficile del ridurre è il mantenere coattati i frammenti, ed in verità possono restare leggieri deformazioni.

Gli apparecchi, inventati in questi ultimi tempi, non hanno mai trovato una generale applicazione.

Le Drau aveva consigliato di legare gli ultimi denti mobili con i primi fissi, da una parte e dall'altra, con fili di seta o di metallo, di fissare cioè i denti staccati ai fermi, e con ciò mantenere nel loro sito anche le ossa. Ma questa legatura sfugge molto facilmente; e, dove ciò non accade la causa tale un'irritazione flogistica delle gengive che si è costretti a rimuoverla.

Il processo di Stromeyer, che consiste nell'infiggere unenail, attraverso alla cute, nell'osso, per mantenerlo in sito, non è raccomandabile, perchè facilmente produce necrosi nei punti in cui è infisso: come non credo sia da preferirsi l'incidere i tessuti e cadere diretta-

mento sul focolaio di frattura, coattarne i frammenti e mantenerli fissi con grappette metalliche o con punti di sutura, prima di sperimentare altri mezzi incruenti. Nei casi ordinarii, la sutura delle ossa, raccomandata da alcuni, costituisce un'inutile complicazione e, soltanto eccezionalmente, potrebbe essere necessaria.

Riescono qualche volta di qualche utilità apparecchi varii e diversi, i quali, fissati al cranio, mercè lamine di acciaio, munite all'estremo di cusciuetto, esercitano compressione sul frammento spostato per mantenerlo ridotto.

Ho detto qualche volta, e non sempre, perchè nel maggior numero delle volte la compressione o non è sufficiente, ed allora non corrisponde allo scopo, o è tale da produrre la mortificazione dei tessuti molli su cui si esercita.

L'apparecchio raccomandato da Gratiè e modificato diversamente da altri, in cui una bandella cava di argento, adattata ai denti, vien fissata con due stanghette di acciaio ripiegate ad uncino, le quali trovano il loro punto di appoggio in una lista di acciaio imbottita, situata sulla fronte, è molto complicato, si sposta facilmente, ed è tanto molesto agli ammalati che, per lo più, dopo pochi giorni dev'essere rimosso.

Il Weber di Heidelberg consiglia, laddove è necessario, di fissare i denti con fili semplici o di metallo, e poi fissarvi su delle liste di guttaperca, a forma di ferro di cavallo, della larghezza di uno e dello spessore da mezzo a tre quarti di pollice. Ove occorra si può fissare la lista con fili di argento ai denti rimasti fermi.

Se poi col processo alveolare siasi staccato anche un grande pezzo del processo palatino, allora merita la preferenza il processo indicato dal Morel-Lavallée per la simultanea frattura della mascella superiore ed inferiore, vale a dire rivestire anche la serie dei denti del

mascellare inferiore con una tale bendella di guttaperca; se quindi si mette una fasciatura a capestro o a fionda, le due mascelle sono mantenute l'una contro l'altra, ma tuttora abbastanza distanti fra loro da permettere l'alimentazione ed il ripulimento della bocca.

Nel nostro caso quantunque non si sia trattato anche di una frattura del mascellare inferiore, pure è di questo metodo che noi ci siamo serviti, immensamente modificato, tanto che potremmo dire essere il nostro, adoperato per la prima volta nel Tabasco, tutt'altra cosa ed affatto originale.

L'apparecchio del Morel-Lavallée e quello di cui ho l'onore di tener parola non hanno di comune che il materiale di costruzione ed in parte l'indicazione, perchè il suddetto autore riveste di guttaperca il mascellare inferiore per mantenerne coattati i frammenti, mentre noi non ce ne siamo serviti che come punto di appoggio.

L'apparecchio è semplicissimo ed è stato costruito in questo stesso ospedale dal soldato aiutante di sanità Fimiani, modellandolo nel modo stesso come si fanno le forme delle comuni dentiere. Esso si compone di due pezzi di guttaperca, uno superiore e l'altro inferiore, della stessa forma delle arcate dentarie, portando il pezzo superiore nella parte superiore, e l'inferiore nell'inferiore un solco in cui è l'impronta dei denti dell'individuo.

Questi due pezzi hanno l'altezza delle corone dentarie fino al colletto e sono uniti fra loro, nella parte posteriore, da due forti molle a spirale di metallo, terminata ciascuna alla faccia esterna o guanciaie mercè chiodetti di ottone.

Queste due molle sono ripiegate a V rovesciato con cavità anteriore, oltre di ciò esse si possono smontare dai pezzi ed essere così meglio ripulite.

Le dette spirali che, a prima vista, pare facciano parte secondaria in questo apparecchio, pure ne sono parte essenziale ed integrante, perchè esse per la loro elasticità, forza e posizione spingono ed esercitano pressione secondo due assi, sui quali, costruito il parallelogramma delle forze, si ha una risultante che va ad agire obliquamente dal basso in alto e da dietro in avanti, formando una leva di terzo genere, in cui la potenza si trova tra il fulcro, punto d'appoggio al mascellare inferiore sano, e la resistenza, frammento da mantenersi ridotto.

In questo caso, come del resto in tutte le fratture dei mascellari superiori, il difficile non è ridurre la frattura, nè questo si può pretendere da un apparecchio, ma mantenerla tale; onde questo semplice apparecchio teoricamente doveva rispondere, ed i fatti ne dettero ragione.

Il giorno undici venne applicato l'apparecchio al Tabasco, previa pulitura e disinfezione generale dei denti e di tutta la cavità orale e riduzione dei frammenti, che venne ben tollerata, se si eccettua un po' di fastidio.

Il quattordici anche questo leggiero fastidio è scomparso e l'apparecchio viene tollerato benissimo.

Il giorno sedici il gonfiore è scomparso completamente ed i tessuti hanno ripreso l'aspetto normale: si toglie l'apparecchio per ripulirlo e per ripulire la bocca ed il frammento si mantiene perfettamente coattato.

Il ventiquattro si toglie completamente: il venticinque l'infermo incomincia a masticare, ed il giorno ventotto si può dire completamente guarito.

Questa la storia esatta e la cura eseguita nel Tabasco.

Merito grandissimo va qui però dato al sig. maggiore R. D'Ajello che mi ha permesso di riferirne e che non mi è stata avaro di consiglio e di guida.

RIVISTA MEDICA

WINKLER — **L'intervento chirurgico nelle epilessie.** —
(*La Tribuna medica*, n. 11, novembre 1898).

L'apertura del cranio negli epilettici spesso ha dato risultati poco incoraggianti perchè, attratti dal miraggio delle localizzazioni cerebrali e della progredita antisepsi, si è ricorso all'atto operativo in casi, nei quali a rigore non se ne poteva attendere alcuna utilità.

Il precisare la indicazione dell'intervento chirurgico è più che essenziale. L'A. rigetta affatto il principio che la distinzione tra *epilessia generale* ed *epilessia parziale* debba servire come dogma per questa indicazione, giacchè una forma di epilessia generale in certi casi può consigliare l'atto operativo, mentre invece un'altra di epilessia jacksoniana può del tutto controindicarla. Secondo l'A., ogni epilessia è sintomatica e di fronte alla questione terapeutica vanno tenuti in considerazione:

1° la costituzione del sistema nervoso, così gracile da permettere una scarica qualsiasi;

2° lo stimolo provocatore della scarica, il quale può essere di natura tossica, meccanica od altro;

3° il punto reale di partenza della scarica nervosa

Le convulsioni parziali stanno soltanto ad indicare che la zona motrice si scarica, ma il punto di partenza della scarica può essere tanto un focolaio epilettogeno ben circoscritto, spesso corticale, quanto un focolaio, che abbia sede in altra parte del cervello ben sapendosi che qualunque lesione del cervello è capace di provocare convulsioni localizzate, purchè esista la pre-disposizione epilettica. Perciò il volere in tutti i casi identificare il centro, che si scarica, col focolaio epilettogeno, che provoca la scarica, sarebbe grave errore. Esistono epilessie parziali tossiche (uremiche, diabetiche, saturnine, alcooliche), nelle quali di certo non si penserà alla

trapanazione, quand'anche l'intossicazione generale agisca con l'intermedio di un edema parziale esistono le epilessie riflesse, in cui il centro, dove avviene la scarica, non è la sede della lesione, p. es. quelle di origine oculare, auricolare, nasale, quelle generate da traumatismi alle estremità, che poi guariscono dopo l'escissione di una cicatrice. Anzi appunto in queste ultime in certi casi non è facile riconoscere se la epilessia sia veramente riflessa o corticale, potendo il traumatismo periferico ben essere la causa occasionale, anche una lesione già esistente nel cervello diventi una lesione epilettogena.

Dunque la convulsione parziale in molti casi non basta a determinare la sede della lesione epilettogena. Essa può dare una indicazione assoluta per l'intervento operatorio nei casi di spasmi subentranti, che si dipartono sempre dallo stesso gruppo muscolare con una fase tonica breve e che poi si diffondono agli altri gruppi, secondo l'ordine di ubicazione dei centri motori corticali, allora può dirsi che questo *stato di male unilaterale* si produce per una lesione, che ha sede nella zona motrice. L'intervento chirurgico è anche giustificato nei casi di emorragia subdurale di origine traumatica e dà quasi sempre risultati felici, in quelli di tumori della zona motrice, di cicatrici corticali ed in genere e nelle epilessie con precedenti traumatici. Ma non va ohiato che la presenza di una cicatrice esterna ha un valore diagnostico per stabilire la natura della epilessia, però non può perentoriamente indicare la sede della lesione corticale, anzi è assai raro che si verifichi la concordanza topografica assoluta della cicatrice esterna con la lesione cerebrale.

Per riconoscere la sede epilettogena possono pure servire di guida (e tante volte hanno un valore più illustrativo) i fenomeni iniziali, come l'aura sensitiva, sensoriale, psichica. Così in un caso, in cui l'accesso convulsivo era preceduto dalla sensazione di un odore fetido, si rinvenne un tumore del lobo temporo-stenodale, in un altro, nel quale l'aura iniziale era rappresentata da un'auto-percezione di luce vivissima, si trovò lesa la piega simondica, in un altro, dove si aveva un'aura intellettuale (rapida ricomparsa di uno stato mentale antico), si riscontrò lesione dei lobi frontali.

Ma in assenza di un'aura qualsiasi o di precedenti traumatici, l'unica guida topografica è la convulsione parziale, la quale, come si è visto, non sempre vale ad indicare la ne-

cessità di un atto operativo. La ragione di non pochi insuccessi sta appunto nel fatto, che si è quasi sempre operato sulla zona motrice, sede convulsiva, preoccupandosi poco della sede di origine, che può trovarsi fuori della prima.

Bisogna adunque ricercare la lesione generatrice della scarica per stabilire l'opportunità di un intervento chirurgico. Intesa così e con l'aiuto di futuri progressi nella fisiologia della corteccia, la chirurgia cerebrale ha un avvenire molto promettente nella terapia delle epilessie.

Cp.

DOU. ANGELINI. — Valore diagnostico dell'atassia cerebellare — (*Urista veneta di scienze mediche*, fasc. 11, 1898).

Alla domanda se l'atassia cerebellare esprima sempre una localizzazione morbosa del cervelletto, si deve rispondere negativamente. Essa ha un valore diagnostico importantissimo per le lesioni stazionarie a focolaio circoscritto, ma la cosa è diversa qualora trattasi di tumore.

Si sa che un tumore può risiedere in una data parte del cervello senza dare alcun disturbo funzionale, oppure può dare invece fenomeni di alterata funzione di zone più o meno lontane, può a fine disturbare tutti i congegni noti ed ignoti racchiusi nella cavità cranica e produrre così una ricca e svariata sintomatologia. Tutto questo è inerente non solo al volume del tumore, alla sua rapidità di sviluppo, alle successioni morbose, al suo punto di origine, ma è inerente ad una condizione molto facile ad aversi, che è l'aumento di pressione intracranica, l'idrocefalo interno.

Non è necessario che il tumore abbia sede nel cervelletto per poter stabilire i fenomeni della sua alterata funzione; esso può benissimo risiedere in parti vicine, come ponte, bulbo, tubercoli quadrigemi, ed agire così direttamente per compressione, come pure può trovarsi anche in punti lontani del cervello, ed influire a distanza sull'organo della coordinazione, dando luogo in esso a disordini circolatori e nutritivi.

LA riferisce tre osservazioni cliniche, nelle quali il sintomo atassico cerebellare era spiccatissimo. Ebbene, nella prima trattavasi realmente di un tumore del cervelletto, che aveva origine dalla superficie inferiore del verme; nella seconda, invece, il picture morboso era dato da un tumore fron-

tale, nella terza, eravi un tumore del terzo ventricolo, che ledava soprattutto i quadrigemini, schiacciandoli notevolmente.

Questi fatti non contrastano la dottrina delle localizzazioni, perchè, in ogni caso, l'atassia ci esprime sempre l'alterata funzione dell'organo della coordinazione, sia che questa dipenda da un tumore sviluppatosi nel cervelletto, sia che dipenda da un tumore che agisca a distanza.

Spetta quindi alla sagacia del clinico saper bene, nel caso concreto, rilevare i sintomi e dare ad essi l'importanza che meritano. Che se l'atassia cerebellare è il solo sintomo che spicca sul fondo comune, o almeno essa è un sintomo precoce, allora ha un grandissimo valore per la diagnosi di tumore del cervelletto, tanto più se vi s'associa anche un difetto di energia e di tono muscolare (astenia, atonia). Ma se essa compare a processo già inoltrato, per es., dopo che già da tempo si sono manifestati disturbi psichici gravi, accessi epilettiformi, ecc., oppure già da tempo vi sono disturbi visivi, pupillari, ecc., non ha più alcun valore diagnostico di sede, essa dimostra soltanto sin dove si estende l'azione morbigena del tumore.

E T

TAIDELI — Osservazioni sugli effetti del sanguisugio all'ano in alcuni casi morbosì — (*Rivista veneta di scienze mediche*, fasc. 2°, 1899).

Per incarico del prof. De-Giovanni, direttore della clinica medica di Padova, l'A. eseguì alcune ricerche sopra il sangue di individui ai quali veniva praticato il sanguisugio anale, per vedere se si modificasse la massa sanguigna dopo queste salasso locale. A tale scopo egli esaminò il sangue prima e dopo il sanguisugo, stabilendo, con l'osservazione iniziale il termine di confronto per giudicare il reperto delle successive osservazioni.

Le conclusioni di tali ricerche sono le seguenti:

1° Le nostre sottrazioni di sangue praticate all'ano, determinano un insignificante impoverimento reale del sangue, e, per sé stesso, quasi sempre impossibile a constatarsi sicuramente con i comuni mezzi di cui disponiamo.

2° L'impoverimento apparente del sangue, che in vari casi ci è dato constatare in seguito al sanguisugio anale, è indice della migliorata attività circolatoria degli aumentati

assorbimenti, e quasi sempre senza che l'organismo tende a liberarsi di liquidi che in esso si sono raccolti anormalmente, o esuberanti.

3° In seguito al sanguisugio anale può conseguirsi anche un effettivo miglioramento della crasi sanguigna; il quale si manifesta con l'aumentato numero dei globuli rossi, testimonianza dell'aumentata attività degli organi emopoietici.

4° L'applicazione del sanguisugio apporta nei vari individui, modificazioni differenti sulla massa sanguigna. Di tutte non si può dare sicura interpretazione con le conoscenze fisiologiche che fino ad oggi abbiamo, però è certo che di essa la causa intima risiede nell'individuo stesso, in quanto ha una speciale conformazione di sviluppo di organi e di tessuti; ha una speciale costituzione della crasi sanguigna, ed uno speciale chimismo organico. È legge biologica che ogni individuo sia diverso da ciascun altro, come nelle linee esterne, negli organi, nei tessuti, in tutto il suo essere; ed è legge biologica che a queste differenze nel substrato organico, corrispondano differenze nel modo di reagire di esso a qualsiasi influenza.

E. T.

W. JAWORSKI. Sulla cura della diarrea catarrale con l'acqua calcinata effervescente. (*Centralblatt, f. med. Wissenschaftl.*, n. 8, 1893).

Contro le affezioni catarrali dell'intestino tenue e del crasso, l'A. si serve da alcuni anni di un'acqua antidiarroica della seguente composizione:

1° Acqua calcinata effervescente debole. In 1000 cmc di acqua satura di acido carbonico, vi sono 2,0 gr. di carbonato di calcio e di salicilato di calcio.

2° Acqua calcinata effervescente forte. Nella stessa quantità d'acqua vi sono 0,4 gr. di carbonato di calcio e 3,0 gr. di salicilato di calcio.

Dopo alcuni minuti che quest'acqua (dose forte) è stata lasciata in un bicchiere scoperto perché sfugga l'eccesso di acido carbonico, si dà a bere, a digiuno, un'ora o mezz'ora prima di colazione, in dose di 100 cmc. L'acqua debole vien data in egual dose tre volte al giorno, dopo i soliti pasti. Nei casi gravi, l'acqua vien somministrata calda. Quando le scariche avvinte si saran fatte normali, non si dovrà sospen-

dere il trattamento, ma dare a bere ancora per qualche settimana l'acqua debole, prescrivendo naturalmente una dieta adatta.

Circa i risultati ed i vantaggi di questa cura, l'A. riferisce:

1° La sete molesta degli infermi viene spenta da questa acqua, evitandosi così l'uso nocivo delle bibite ordinarie durante la diarrea. L'acqua debole può essere raccomandata come bevanda dietetica alle persone disposte alla diarrea.

2° I risultati nelle diarreie catarrali sono molto soddisfacenti, tanto che sono pochissimi i casi in cui l'esito non corrispose alla aspettativa.

3° Si vincono facilmente anche quelle forme di diarrea prodotte da fermentazioni gastriche, come talvolta si verifica nelle ectasie idropatiche e nel cancro dello stomaco.

4° L'acqua calcinata agisce pure favorevolmente nelle altre forme di diarrea, ma soltanto sintomaticamente, se l'uso dell'acqua viene sospeso, ritorna più o meno presto lo stato morboso di prima.

E T.

L. RONCORONI — **Le anomalie di moto negli epilettici.**
— (*Rivista mensile di psichiatria forense*, n. 10-11 del 1899).

Riservandoci di ritornare più diffusamente su questo argomento, che è di grande importanza medico-legale, ci limiteremo, per ora, ad un breve riassunto delle numerose osservazioni presentate dall'A. al 1° congresso italiano di medicina legale (ottobre 1898).

Egli riferisce che dei 33 epilettici con accessi tipici, ricoverati fra i 320 ammalati nella sezione del manicomio di Collegno, alcuni sono colpiti dall'accesso molto frequentemente; cosicchè da un minimo di 3-4 accessi in tre mesi si giunge perfino a un massimo di 61 accessi nello stesso periodo di tempo.

Sono forme di antica data, nelle quali, massime in quelle ripetentesi con grande frequenza, l'A. ha notato assai spesso gravi anomalie di moto. Consistono per lo più nella paresi permanente delle branche inferiori del facciale, asimmetrie pupillari, strabismo, alterazioni della parola, straordinaria lentezza della pronunzia, angofrasie ed una specie di disartria molto simile a quella della paralisi progressiva.

Queste alterazioni della motilità su cui gli autori non hanno abbastanza fermato l'attenzione, interessano essenzialmente i territori dei nervi cranici, assai meno quelli dei nervi rachidei: sono secondarie agli accessi, contrariamente a quanto si riscontra nella paralisi progressiva, nella quale possono manifestarsi anche indipendentemente dallo sviluppo di accessi epilettiformi.

Tali alterazioni possono servire a comprovare la persistenza antica di accessi epilettici, fornendo un sicuro elemento per escludere la simulazione dell'epilessia. Così pure la mancanza di sintomi obiettivi paralitici di moto può smascherare la frode in un delinquente che voglia simulare la epilessia per sottrarsi alla pena. Donde l'importanza di queste anomalie di moto.

E. T.

H. SELLO. — Su alcuni esiti non ordinari e sulle complicazioni della polmonite fibrinosa. — (Zeitschr. f. Klin. Med., XXXVI)

Costituiscono il materiale dell'A. 750 casi di polmonite. L'esito in formazione di ascesso (caratterizzato dalla persistenza della febbre, da ritardato riassorbimento e dalla presenza di frammenti di parenchima nello sputo denso e purruento, accanto a tavole di colesterina ed a cristalli di emaloidina) si osservò 11 volte (1,5 p. 100).

L'esito rarissimo in gangrena del polmone (persistenza della febbre, sputo color cioccolata o di decozione di prugne, prima mollore, poi fetido, e contenente frammenti più considerevoli di parenchima), si ebbe 3 volte (0,4 p. 100 dei casi).

L'esito in incurimento (caratterizzato clinicamente da persistenza della febbre e dell'ottusità e da una progressiva retrazione del lato del torace affetto), si osservò in 16 infermi (2,1 p. 100).

L'associazione della polmonite con la tubercolosi polmonare si ebbe 15 volte (2 p. 100).

In tutti i casi si trovarono vecchi focolai tubercolari nei polmoni, in nessuno dei quali si constatarono alterazioni in corso la attribuirsi direttamente al processo pneumonico.

Per quanto riguarda la più frequente complicazione della polmonite, cioè la pleurite, si riscontrò 65 volte (8,7 p. 100)

la pleurite sierosa, le cui seminazioni diedero 43 volte risultato negativo, in 3 casi rivelarono i pneumococchi, in un caso gli stafilococchi, in 1 caso stafilococchi e streptococchi.

L'empiemametanemionico fu constatato 34 volte (4,5 p. 100); ma per quel che si riferisce ai risultati di 26 esami batteriologici, dobbiamo rimandare il lettore alla comunicazione originale dell'A. La mediastinite purulenta si osservò 3 volte (0,4 p. 100); la pericardite 7 volte (0,9 p. 100) quale complicazione; l'endocardite, seguita sempre da esito letale, 6 volte (0,8 p. 100), e cioè 4 volte in forma verrucosa, 2 volte in forma ulcerosa; in 3 casi si riuscì a dimostrare in cultura pura i pneumococchi delle stratificazioni valvolari.

L'insorgenza della nefrite acuta fu osservata in 6 casi (0,8 p. 100); la meningite purulenta 5 volte (0,6 p. 100). In 3 casi si ebbero paralisi emilaterali, fra cui 2 forse di origine embolica, la terza, conseguenza assai probabile di trombosi marantica.

E. T.

C. Beck — Valore diagnostico dei raggi Röntgen nella arteriosclerosi. — (*Centralblatt f. med. Wissenschaft.*, n. 9, 1899).

In un individuo di 68 anni, in cui si era constatata alla palpazione una sclerosi dell'arteria radiale, si tentò di constatare, per mezzo dei raggi Röntgen, l'estensione della sclerosi stessa. Si radiografarono il collo, il capo, la regione dell'aorta ed entrambi gli avambracci. Nelle tre prime regioni ora accennate, non si riscontrò alterazione alcuna; mentre negli avambracci si vide chiaramente sclerosata la radiale, e un po' meno chiaramente l'interossea anteriore: nulla si scoprì a carico dell'ulnare. L'A. conclude da ciò che l'arteriosclerosi del paziente era esclusivamente limitata alla radiale ed all'interossea anteriore; il che si trovava perfettamente concorde col quadro clinico.

E. T.

C. v. Noorden. — Circa la cura dell'asma bronchiale. — (*Centralblatt f. med. Wissenschaft.*, n. 1899)

L'uso combinato della belladonna, trementina ed arsenico contro l'asma bronchiale, tanto vantato dal Troussseau, deve il suo effetto, come l'A. afferma col Jurgensen, essenzialmente all'atropina. In parecchi casi tipici di asma bronchiale,

l'A. ottenne risultati duraturi dall'atropina, e non soltanto contro l'accesso isolato, come si verifica con altre sostanze.

La dose giornaliera iniziale, fu di $\frac{1}{2}$ milligrammo (uso interno); ogni due o tre giorni la dose era portata da $\frac{1}{2}$ mgr. fino a $\frac{1}{4}$ mgr. *pro die*, e dopo qualche tempo tale dose veniva a poco a poco diminuita di nuovo. La cura durò 4-6 settimane e le dosi notevoli di atropina furono molto ben tollerate; tuttavia sarà sempre buon consiglio sorvegliare gl'intermi durante l'uso di tale rimedio.

E. T.

MARTYNOV. — Cura dello scorbuto con l'uso interno della tintura di iodio. — (*La Semaine médicale*, n. 28, 1899).

La tintura di iodio è spesso usata in applicazione locali contro la gengivite scorbutica, ma non la si dà per uso interno, allo scopo di combattere lo scorbuto stesso. Tuttavia quest'ultimo metodo terapeutico ha dato all'A. dei risultati degni di nota in due casi della suddetta malattia.

Nel primo dei casi l'affezione, dopo aver resistito a tutti i soliti mezzi compreso il regime alimentare, entrò in un periodo di miglioramento non appena l'infermo cominciò a prendere tre volte al giorno 4-5 gocce di tintura di iodio in un bicchierino di acquavite, e sotto l'influenza di tale cura, non tardò a guarire definitivamente.

La seconda osservazione, ancora più probativa, si riferisce a un operajo, il quale presentava delle lesioni scorbutiche molto gravi, come sufflazioni sanzuigne multiple e piaghe cangrenose, al fine delle quali con denudamento dei muscoli e dei tendini. Il paziente si trovava in uno stato di spassatezza estrema: tramandava un odore fetido, accusava dolori continui, soffriva di diarrea; e un giorno eliminò in massa il bordo alveolare del mascedare inferiore coi denti. Ora, sotto l'influenza della tintura di iodio somministrata come nel caso precedente, le emorragie sottocutanee si riassorbirono rapidamente e le piaghe non tardarono a cicatrizzarsi.

Sospesa al ora la medicazione iodica, il paziente fu ripreso dai dolori, in capo a pochi giorni, nuove ecchimosi nerastre apparvero a livello delle cicatrici recenti, mentre le granulazioni delle piaghe, che già erano in via di guarigione, cominciarono a disgregarsi.

Si ritornò senza indugio all'uso della tintura di iodio, che questa volta fu continuato per molto tempo, allo scopo di ottenere una guarigione completa e duratura di tutte le manifestazioni scorbutiche.

E. T.

DOTT. LUBLINSKI — **Cura dell'epistassi** — (*Therap. Monats-hefte*, 2, 1899).

L'A. protesta contro l'uso del percloruro di ferro come emostatico, nei casi di epistassi, poichè nasconde la sede esatta della lesione, provoca gravi infiammazioni in tutta la regione naso-faringea e può essere vantaggiosamente sostituito da mezzi terapeutici più efficaci.

Bisogna anzitutto ricercare esattamente il punto sanguinante, che si trova, nella maggior parte dei casi, sulla parte anteriore del setto. Scoperto questo punto, lo si spolvera con ferropirina e si comprime con un tampone di ovatta. Se il caso è più serio, si usa la garza dermatolata (la garza iodoformica provoca lo starnuto), che s'introduce a dito di guanto, il cui interno sarà riempito da cotone idrofilo.

Se questo mezzo riesce insufficiente, si prende qualche cristallo d'acido cromatico sopra un tampone di ovatta che si applicherà sul punto sanguinante: dopo alcuni minuti si toglie il tampone e lo si sostituisce con una medicatura alla garza dermatolata.

L'acido trichloracetico ha l'inconveniente di diffondersi e di cauterizzare le parti sane: il galvano cauterio ha pure una azione troppo difficile a limitarsi al punto lesa.

Nei casi in cui non si riesce a trovare il punto da cui parte l'emorragia, s'impone il metodo classico del Beck.

E. T.

CHOLEWA e CORDES — **Sull'ozena** — (*Centralblatt für med. Wissenschaft*, n. 51, 1898).

Dopo di aver riassunto i risultati delle esperienze fatte fino ad oggi, gli AA. espongono alcune osservazioni — specie microscopiche — le quali dimostrano che la degenerazione grassa degli epitelii e della mucosa non è punto una qualità caratteristica dell'ozena, presentandosi anche in altre affezioni del naso. Al contrario, l'atrofia ossea sembra doversi considerare come processo primario.

Parrebbe quindi logico di rompere i cornetti nei casi recenti, essendo noto che, nell'osteomalacia, avviene un'efflucente calcificazione nelle ossa quando ha luogo una frattura per trauma diretto. L'osteite rigeneratrice conduce poi ad un'abbondante formazione del collo; e nell'ozena la frattura dei cornetti potrebbe avere un'esito eguale.

E. T.

M. MICHAELIS e MEYER. Reperti batteriologici nel sangue dei tisiici — (*Centralblatt für med. Wissenschaft*, n. 52, 1898)

Gli autori esaminarono batteriologicamente il sangue di tisiici con alte temperature, da due mesi fino ad alcune ore prima della morte, e in 8 casi su 10 vi trovarono dei batteri cioè: sei volte stafilococchi; una volta, stafilococchi e streptococchi, una volta, stafilococchi e pneumococchi. Gli autori confessano di non sapere se quest. batteri esercitino un'influenza sul processo morboso col costituire un terreno favorevole al bacilo delle tubercolosi, o se, per converso, quest'ultimo prepara il terreno ai primi. È interessante il notare che ogni qualvolta gli autori riuscirono a dimostrare la presenza di batteri nel sangue, la diazoreazione delle urine diede esito positivo. Per conseguenza questa reazione può essere considerata come l'indizio di una grave affezione.

E. T.

TH. ROSENHEIM. — Sulla dispepsia nervosa. — (*Centralblatt für med. Wissenschaft*, N. 51, 1898).

Ecco le conclusioni della relazione presentata dall'A. al XII Congresso internazionale di Mosca.

1° La dispepsia nervosa è un tipo morboso completo, secondo l'opinione di Leube. Essa è una nevrosi della sensibilità, caratterizzata dal complesso di tutti i disturbi accusati dall'infermo nella sfera dell'attività digerente dallo stomaco;

2° La funzione motrice e quella secretiva dello stomaco possono presentare deviazioni della norma nella dispepsia nervosa. ipoacidità, iperacidità, liegiero catarro, ipermotilità, e, infine, atonia. Il reperto, in genere, è molto variabile; se, altrimenti, questo è costante e i disturbi funzionali sono

accentuati, allora non si tratta più soltanto — nella maggior parte dei casi — di una dispepsia nervosa, ma di una gastrite insorta su questa, o di un'insufficienza motoria di grado considerevole;

3° La dispepsia nervosa non è una malattia frequente. I sintomi dispeptici degli individui nervosi, non appartengono a questa forma;

4° Nella pluralità dei casi, la dispepsia nervosa esiste insieme con altri sintomi nervosi i quali presentano non di rado il quadro della neurastenia;

5° Non si può affermare che la dispepsia nervosa sia una parziale manifestazione della nevrastenia,

6° Anche nella dispepsia nervosa, la cura sintomatica dei disturbi gastrici può riuscire utilissima, benché sia quasi sempre da preferirsi una cura generale

E I

Cura della nevralgia ischiatica con le compresse d'acqua calda. — (*La Semaine medicale*, N. 27, 1899).

Le compresse d'acqua fresca ricoperte da una stoffa impermeabile e il calore secco sono usati frequentemente contro la sciatica nel periodo acuto, ma l'uso delle compresse imbevute di acqua calda è molto più raro. Ora, dopo l'esperienza d'un medico svizzero, il dott. Siegrist di Zurigo, questo mezzo parrebbe dare risultati molto soddisfacenti. Ecco il procedimento semplicissimo che propone l'A.:

Essendo l'infermo coricato sul fianco, in modo che la regione afflitta sia bene allo scoperto, si applica sulle parti dolorose una compressa preventivamente immersa nell'acqua a 50° o 60° e leggermente spremuta, che poi si copre, prima con uno strato di flanella, poi con più strati di carta per mantenerla più a lungo che sia possibile il calore della compressa. Se si tratta di soggetti molto sensibili, s'interpone una flanella fra la pelle e la compressa. Appena quest'ultima si è raffreddata, (il che si verifica dopo 10-15 minuti), la si cambia, e si continua così per una o due ore. Le sedute di tal genere si ripetono per tre o quattro volte al giorno.

Con tale cura si otterrebbe spesso in pochi giorni la guarigione della sciatica acuta.

E T

BOISSON. — **I Raggi X nei reliquati di progressive pleuriti** — (*Archives de Med. et de Phar. milit.*, luglio 1899).

E questa, descritta dall'autore, una nuova pratica applicazione dei raggi X che hanno già fatto la luce su tanti problemi di medicina e dai quali attendiamo ancora la risoluzione dei problemi più importanti dell'economia animale.

Fino ad ora, per ciò che riguarda le pleuriti, i raggi X non erano stati messi a profitto dagli studiosi, che per la malattia in atto, non avendo essi, come i medici militari, alcuna preoccupazione per le conseguenze ulteriori. Oggetto dei loro studi non essendo altro che la guarigione della malattia, hanno diretto le loro investigazioni sui disturbi temporanei che le raccolte pleuriche inducono sulla fisiologia del cuore e del diaframma, senza curarsi di quanto venga menomata nei pleuriti la capacità vitale e la resistenza alle fatiche. Ed è questo ciò che maggiormente interessa il medico militare.

L'esame di un grande numero di soggetti, per mezzo dei raggi X, ha posto l'autore in condizioni da poter asserire che la retrazione della parete costale, l'abbassamento della spalla dal lato offeso, l'incurvamento della colonna vertebrale non possono dare che un'idea molto imperfetta dei disturbi apportati alla funzionalità del cuore e del diaframma. Egli ha avuto agio di osservare vecchie pleuriti misconosciute o passate inosservate, nei quali gli ordinari mezzi di investigazione clinica non permettevano di constatare che lievi mollezioni del normale, e che pure nello schermo fluorescente davano a vedere notevoli spostamenti di cuore, o aderenze più o meno pronunciate del diaframma.

È naturale, osserva l'autore, che l'attitudine fisica di tali soggetti al servizio militare si trova molto compromessa, divenendo essi incapaci di fornire tutta quella somma di energie, che è necessaria per sostenere i disagi della vita militare. Non è solo da considerarsi la diminuita superficie respiratoria e la conseguente diminuzione dell'ematosi, ma eziandio e soprattutto l'ostacolo alla circolazione intracardiacca, nonché la menomata azione del diaframma sulla progressione del sangue in tutto il sistema venoso della cavità addominale. A ora quando le circostanze esigeranno una azione muscolare prolungata, o un lavoro molto intenso la

funzione circolatoria di questi soggetti diverrà rapidamente squilibrata e da ciò conseguirà naturalmente in essi una grande disposizione alle congestioni passive e alle sincope cardiache, anche indipendentemente, fino ad un certo punto, dallo stato della temperatura esterna. saranno costoro che forniranno una proporzione non indifferente a quegli accidenti che vanno classificati sotto la vaga denominazione di colpi di sole.

Dalle molteplici osservazioni praticate l'autore è venuto alle conclusioni seguenti:

1° le pleuriti che passano inosservate sono molto frequenti e, se non ne sono residue deformazioni del petto abbastanza importanti da compromettere l'attitudine fisica dei soggetti, questi vengono dichiarati idonei al servizio militare;

2° tutti coloro che presentano un'ampiezza toracica non bene proporzionata alla statura, sebbene in condizioni da essere arruolati, debbono pure visitarsi diligentemente, sia per ciò che riguarda i sintomi pleurici, sia per ciò che ha riguardo alla posizione del cuore e alla funzionalità del diaframma; e si addiverrà, occorrendo, anche alla misurazione comparativa dei due lati del petto,

3° ogni pleurico dovrà essere oggetto di speciale sorveglianza la parte del medico, il quale ricorrerà senz'altro alla riforma, quando dopo qualche esenzione temporanea, non avrà constatato la scomparsa di tutte le modificazioni avvenute nella statica e nella dinamica degli organi profondi del petto.

Il medico militare adunque non sarà mai abbastanza prudente nel riammettere in servizio chi ha sofferto una pleurite essudativa, come nell'accettare colui che ne sia stato affetto prima di venire sotto le armi. La radioscopia potrà fornirgli i criteri più esatti per l'importante giudizio.

c. f.

W. IERVEY. — Il dolore di testa e le sue relazioni colle malattie degli orecchi, della gola e del naso. —
(*Medical Record*, marzo 1899)

Se vi ha un fatto morboso al quale non dirsi che nessuno sfugga nel corso della vita è il dolor di capo.

Contro di esso si sono sperimentati con maggiore o minor successo numerosi rimedi, ma purtroppo alcune volte senza

efficiacia, tanto per ciò che riguarda i trattamenti razionali che gli empirici. Crede l'autore, che la ragione principale, se non unica, degli insuccessi consista in una trascuranza, da parte del pratico, nel ricercare le cause di questo sintomo morboso, che egli enumera nel modo seguente:

1° pressione dei tronchi nervosi da condizioni morbose endo ed eso-craniche, causanti un disturbo generale dello equilibrio del cervello;

2° alterazioni circolatorie;

3° iperemie locali o congestioni causate da irritazione nervosa diretta o riflessa;

4° sensazioni nervose riflesse apparentemente non associate con alterazioni vascolari o altre alterazioni patologiche endocraniche;

5° processi morbosi delle pareti craniche;

6° alterazioni trofiche dei nervi;

7° disturbi emozionali intensi;

8° nevrasemia.

Quest'ultima, purtroppo, è destinata, secondo l'autore, a fare le spese di una quantità di malanni e induce spesso il medico a trascurare molti casi, che, accuratamente studiati, sarebbero di abbastanza facile spiegazione. E dopo aver dimostrato come debbasi ai progressi dell'oftalmologia l'aver posto in luce la frequente connessione tra il mal di capo e le anomalie dell'organo della vista, egli vuol divulgare l'idea che non sono meno frequenti le relazioni di dipendenza tra il mal di capo e le malattie del naso, della gola e degli orecchi.

Eppure, mentre le cause della prima specie sono facilmente prese in mira, altrettanto sono facilmente trascurate quelle della seconda, e ciò non solo per le difficoltà che hanno i medici a ricercare le cause della malattia nell'orecchio o nelle vie aeree superiori, ma anche perché gli stessi ammalati accusano più facilmente un disturbo funzionale degli occhi, che non una imperfezione dell'udito e dell'olfatto. Ma dall'alto la connessione nervosa sensoria e motrice tra l'orecchio, le vie aeree superiori ed il cervello non è forse altrettanto stretta che fra il cervello e gli occhi? E gli attacchi muscolari dell'orecchio e del naso e del faringe non sono essi in stretti rapporti colla muscolatura della testa, come quelli degli occhi? Non sono gli ossi di questi organi in connessione diretta col cranio, come quelli delle orbite?

Se si ammette dunque che il mal di testa possa esser prodotto da trasmissione di processi morbigeni per continuità o contiguità di tessuti mediante trasmissione di stimoli lungo le trombe e i tronchi nervosi o mediante alterazioni vascolari e perversimento delle funzioni vasomotorie, si deve facilmente comprendere come qualsiasi deviazione dal normale nell'orecchio o nelle vie aeree superiori debba essere altrettanto capace di produrre le alterazioni in questione, quanto le condizioni morbigeniche degli occhi.

Ed in appoggio di queste sue idee, l'autore cita alcuni casi da lui osservati in cui il mal di capo ostinatissimo era in dipendenza di alterazioni del naso, del faringe e dell'orecchio. La rinite ipertrofica cronica, la rino-faringite cronica, e nell'orecchio il cerume agglomerato, che preme sulle pareti del condotto uditivo sono da ascrivarsi, secondo l'autore, tra le cause più semplici, più frequenti e più facili ad essere trascurate per ciò che riguarda la produzione del dolore di testa. Senza quindi arrivare alle conclusioni di Hoch, il quale vorrebbe riporre nelle vie aeree superiori la causa della maggior parte dei mali di capo, è opinione dell'autore che in tutti i casi di mal di testa persistenti, con cause oscure, apparentemente nevralgiche, non si debba mai trascurare l'esame attento del naso, della faringe e dell'orecchio.

c. f.

BRADBURY. — Insonnia e ipnotici. — (*The Lancet*, giugno e luglio 1899).

Dalle interessanti conferenze tenute dall'autore al Collegio medico di Londra sull'azione degli ipnotici e sulle relazioni tra gli uni e gli altri sia dal lato chimico che da quello fisiologico, scaturiscono talune conclusioni di pratica utilità per tutti i medici che abbiano la non invidiabile fortuna di dover trattare coi sofferenti d'insonnia. Questo malanno non è nuovo, ma è, come tanti altri, in sensibile aumento e deve perciò, più che un tempo, essere studiato e preso di mira. Le molteplici complicazioni della vita, l'orgasmo dei commerci, la febbre del lavoro, le ansie delle ricerche scientifiche, lo stato continuo di agitazione e di lotta sono i fattori principali di questo aumento.

In altri tempi l'insonnia era più rara, e quando si verificava era più facilmente avvertita e più presto curata; oggi,

data la nostra grande attività, le ore dedicate al sonno sono ridotte al puro necessario, e quando la regolarità del sonno viene, per una causa qualsiasi, interrotta, riesce difficile ristabilirne l'equilibrio. D'altra parte gli uomini sono oggi più irascibili e più intolleranti di prima, più impazienti di far cessare i disturbi che accompagnano l'insonnia, ed essendo ricchi, almeno in apparenza, di rimedi per questo, come per tanti altri mali, ne corrono con facilità e con fede a uno specifico da quarta pagina di giornale per assicurarsi sonni tranquilli.

Tra le cause non infrequenti d'insonnia si fa ricordare l'uso aumentato degli stimolanti alcoolici. Si è detto che in talune circostanze l'alcool stesso può riuscire un buon ipnotico, e che un bicchier di birra è riuscito qualche volta a conciliare il sonno, mentre altri alcoolici più forti e più costosi erano falliti nell'intento, ma forse questo risultato era dovuto più al luppolo che all'alcool, ed è opinione dell'autore che sieno più frequenti i casi d'insonnia ch'esso provoca, di quelli che cura.

Dopo aver fatta una esposizione delle ultime teorie sul sonno, sulla struttura e sulle funzioni dei nervi centrali e dei loro elementi, e dopo un accurato esame delle recenti ricerche sull'azione chimica e fisiologica degli ipnotici, passa l'autore al trattamento dell'insonnia, il quale deve basarsi tanto sull'esperienza medica e sul buon senso, quanto sulle investigazioni da farsi nel soggetto, e queste sono purtroppo ad uno stato ancora molto imperfetto, ne sono entrate completamente nel dominio della clinica.

E si esprime l'opinione che i medicamenti sono spesso di grande utilità, ma si affretta a soggiungere che non debbono mai essere usati in una maniera sistematica, come se l'insonnia fosse sempre della stessa specie, e non vi fosse individualità nella natura umana, mentre invece in nessun altro malanno il coefficiente personale entra in maggiori proporzioni.

Uno ha il sonno profondo, mentre l'altro lo ha leggerissimo, pronto ad essere disturbato dal più lieve rumore, dal più tenue raggio luminoso: uno ha bisogno di dormir molto, e ad un altro poche ore di sonno sono sufficienti.

L'autore ha una espressione felice per definire l'insonnia ch'egli considera come « una perdita della quantità normale di sonno ». Questa perdita può aver luogo al principio, nel

mezzo, o alla fine della notte: eccezionalmente s'incontrano individui che asseriscono di non dormire tutta la notte intera, ma queste asserzioni vanno accolte con riserva. Taluni, specialmente i gottosi, si svegliano verso le tre o le quattro del mattino senza più raddormentarsi. Il dovere del medico è quindi quello d'informarsi minutamente delle abitudini e dei bisogni speciali dell'individuo, riguardo alla funzione del sonno, e studiare le cause particolari che possono averla alterata.

Tali cause son dall'A. raggruppate in 4 categorie: 1° cause irritanti; 2° cause tossiche, 3° cause psichiche, 4° cause provenienti da deviazioni dalle abitudini di vita.

Appartengono alla 1° categoria il dolore, il prurito, le sensazioni spiacevoli, il freddo ai piedi, le indigestioni, i disturbi viscerali, ecc., ecc.

Alla seconda l'alcolismo, il nicotismo, gli esantemi, i disordini febbrili di qua siasi specie, il the, il caffè, la coca ed anche l'eccessivo abuso di certe droghe, come avviene nei mangiatori d'oppio, nelle vittime del cocainismo, del sulfonalismo, ecc.

Sono del terzo gruppo i dispiaceri, gli spaventi, le fatiche e le ansietà della mente, le quali tutte agiscono con maggiore facilità in coloro che hanno già un fattore predisponente, come l'ipocondria, la neurastenia, ecc. Nelle varie forme di pazzia, nelle paralisi, l'insonnia è ordinariamente considerata come sintomo premonitore, ma non v'ha dubbio che la protratta perdita di sonno può essere un fattore non indifferente nella produzione di tali malattie. Le donne hanno spesso insonnia nella menopausa, e ciò deve probabilmente a prodotti tossici, che vengono poi eliminati colla mestruazione. Negli studenti, l'eccesso di studio e la vicinanza degli esami sono le cause più frequenti.

Fanno parte del quarto gruppo i disordini nelle ore dei pasti, i cambiamenti di clima e di altitudine, come l'andare al mare o salire sulle alte montagne; il disordine nelle ore del riposo, come accade a chi, per necessità di impiego o di altro, deve passare intermitentemente delle notti vegliando, e qualche volta anche certi semplici cambiamenti di abitudini di vita, che non sembrano, a primo aspetto, potere esercitare alcuna influenza.

Il principio propugnato dall'autore è quello di tutti i buoni pratici: cercare la causa e rimuoverla. Agli ipnotici non de-

vesi ricorrere se non quando sieno falliti tutti gli altri mezzi curativi suggeriti da disturbi di salute o da perversimenti di abitudini, che possano ritenersi come causa d'insonnia. Rimossa la causa occorre che la stanza da letto del paziente sia nella parte più tranquilla della casa, ben aerata, ben ventilata e con poche suppellettili. Il pasto della sera deve esser leggero, e per quelli che si svegliano durante la notte può esser utile una tazza di latte caldo contenente una piccola quantità d'alcool.

Un bagno tepido, preso nelle ore della sera, prima del pasto, riesce talora di gran giovamento, come pure dice di avere spesso ottenuto vantaggi dal massaggio, fatto quando il paziente si corica, all'addome, alle cosce, alle surr, determinando in tal modo un temporaneo afflusso di sangue in queste parti e una conseguente relativa anemia dei centri nervosi. Questo metodo, già patrocinato dall'Eccles, può essere qualche volta sussidiato da compresse calde sull'addome. È inoltre della massima importanza tenere sgombrati gli intestini e la vescica.

Quando si sia obbligati a ricorrere agli ipnotici, sono da preferirsi i più semplici e i più innocui, specialmente i bromuri. D'accordo con Balfour, parla con entusiasmo del cloralo nel *delirium tremens*, con una leggera dose di tintura di digitale, quando siavi debolezza cardiaca. Non sdegni l'uso della paraldeide, specialmente se l'insonnia è venuta dopo la crisi della polmonite, della pleurite o dell'asma curate con rimedi molto energici. È parco di lodi per l'oppio, il quale però può riuscire di un valore inestimabile nell'insonnia da bronchite, se unito a l'ipocaquima con scil a. Insiste finalmente sui grandi vantaggi che ha sul consulente il medico di famiglia, il quale, potendo penetrare più profondamente le abitudini sociali e domestiche del paziente, è più in grado di rintracciare le cause della malattia, convinto che un buon consiglio può più spesso e più facilmente riuscire efficace di molti rimedi. c. /

Prof. CAVAZZANI — **Ematemesi essenziale.** — (*La Settim. Med.*, 15 luglio 1899).

Trattasi di un caso rapidamente mortale di ematemesi, nel quale il reperto necroscopico fu assolutamente negativo circa all'origine dell'emorragia.

L'A. cerca di raggruppare le forme di ematemesi prodottesi senza lesione della mucosa gastrica o con lesioni mi-

nime appena rilevabili in: *ematemesi essenziali* dovute ad emorragie capillari e per diapedesi riferentisi a disturbi vasomotori, a funzione vicariante, o ad affezioni discrasiche, *ematemesi aneurismatiche*, *ematemesi varicose*, *ematemesi infettive o trombotiche*.

Spesso è impossibile o quasi una diagnosi differenziale clinica fra queste forme, per la completa mancanza di sintomi. In questo caso si trattava certo del primo gruppo e forse vi erano presunzioni sufficienti per supporre la natura isterica.

Questo caso conferma dunque la possibilità di ematemesi fulminanti e mortali senza lesioni macroscopiche dello stomaco. Esso sta poi contro la proposta dell'intervento chirurgico precoce, giacché due anni prima la paziente era guarita da un'emorragia, pure violentissima, coi soli soccorsi medici.

L'A. conclude che solo un'esperienza clinica di lunghi anni potrà decidere in quali condizioni dovrà il chirurgo prendere il posto del medico. Per ora al chirurgo potranno essere tranquillamente affidati solo i casi di ematemesi da ulcera gastrica ben confermata, e ciò allo scopo di fare la cura dell'ulcera o delle perforazioni più che per combattere l'emorragia. fe.

L. MERK. — Dermatosi albuminuriche. — (*Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 18, 1899).

Fra le affezioni cutanee che si associano all'albuminuria cronica (soprattutto alla nefrite cronica ed ai vizi cardiaci non compensati) l'A. pone una certa forma di eczema, il prurito, l'orticaria, l'eritema e la furunculosi.

L'eczema albuminurico è quasi sempre molto ben circoscritto, papuloso, a decorso cronico, con sede preferita nelle gambe, più di rado in altri punti del corpo, caratterizzato da prurito intenso, ribelle ad ogni trattamento, ma che può guarire spontaneamente con deposizioni di pigmento. Il fenomeno che più frequentemente e manifestamente accompagna l'albuminuria cronica — specie il morbo di Bright — è il prurito la cui intensità, del resto, non è in rapporto colle oscillazioni del contenuto in albumina delle urine: questo prurito non si presenta localizzato, ma diffuso, e si estende soprattutto sul tronco e sulle regioni estensorie delle estremità. L'orticaria

si presenta quasi altrettanto frequentemente quanto il prurito, di cui essa è quasi sempre foriera. Assai più raro (l'A. l'osserva una sola volta) è l'*eritema albuminurico*, il quale comparisce in parte solo, in parte coll'orticaria o col prurito, sul dorso e nelle regioni estensorie degli arti, è polimorfo e si presenta sotto forma di grandi macchie, talvolta di papule con una vescica centrale. L'A. dichiara di non aver mai osservata la *furunculosi albuminurica*.

Nella conclusione l'A. espone i diversi pareri circa la patogenesi di tutte queste dermatosi albuminuriche, in generale abbastanza rare, e cerca in special modo di confutare l'opinione, secondo cui tali affezioni sono attribuite ad un intimo rapporto fra la funzione della pelle e quella dei reni.

E. T.

M. KLIPPEL. — Dei disturbi del gusto e dell'odorato nella tabe. — (Centralblatt f. med. Wissen., n. 18, 1890).

Le alterazioni del gusto e dell'odorato ne decorso della tabe sono varie; ora si tratta di anosmia totale, di diminuzione dell'olfatto, di emianosmia, di perversimento e di allucinazioni di questo senso; ora insorgono alterazioni più sensibili nella mucosa nasale con anestesia, disestesia, parestesia, analgesia, e finalmente delle vere crisi nasali in tutto il territorio del trigemino; si osservano altresì delle alterazioni vasomotorie e riflesse da parte della mucosa nasale.

Il gusto nella tabe è ora abolito, diminuito, perversito, ora insorgono delle vere allucinazioni di questo senso, donde alterazioni della sensibilità della mucosa della bocca e della lingua e perdita del riflesso faringeo. Più spesso havvi aumento di secrezione salivare, oppure la superficie della lingua è alterata in modo permanente, ascritta, bianco-grigiastria, senza patina di rivestimento (alterazioni atroliche?). Nella maggior parte dei casi si osservano nei tabetici, insieme con le alterazioni dell'odorato e del gusto, delle alterazioni di sensibilità nel campo del trigemino ed alterazioni bulbari della funzione, come paralisi dell'ugola, ptialismo, paralisi dei muscoli oculari, tachicardia, ecc.

Le alterazioni delle ora dette funzioni di senso possono presentarsi fin dall'inizio della tabe, in certo qual modo come sintomi precursori, come le parestesie, ecc.; mentre l'anosmia e la agesia (mancanza del senso del gusto) non insorgono che in periodi molto inoltrati.

Talvolta si hanno accessi di sete intensa, con lingua asciutta e con poliuria nel decorso delle alterazioni del gusto.

In un caso di tabe con notevoli alterazioni del gusto e dell'odorato, l'A. trovò delle degenerazioni nel N. glosso-faringeo, nell'olfattivo, nel trigemino e nei corrispondenti nuclei e cellule ganglionari. Il solo trigemino con la sua alterata azione circolatoria, trofica e secretoria, può spiegare una sensibile influenza sulla mucosa del naso e della lingua e dar luogo ad alterazioni del gusto e dell'olfatto.

Tuttavia anche le alterazioni del senso muscolare negli organi interessati (lingua, esofago, palato) non sono senza influenza sul gusto e sull'appetito, e possono facilmente produrre senso di nausea, ecc.

E. T.

PIORKOWSKI. — Un metodo semplice per stabilire la diagnosi di tifo. — (*Centralblatt f. med. Wissen*, n. 21, 1893).

L'A. fa conoscere un nuovo terreno di cultura con cui si rende facilissima la ricerca dei bacilli del tifo. Un'orina normale raccolta per il periodo di 24 ore, viene mescolata col 1/2 p. 100 di peptone e col 3,3 p. 100 di gelatina, bollita a bagnomaria, e subito filtrata. Il terreno di coltura versata nella provetta, viene sterilizzato nella stufa a vapore per 15 minuti, e per altri 10 minuti ancora il giorno successivo. Su questo terreno, dopo una permanenza di 20 ore nel termostato a 22° C., le colonie del *b. coli* appaiono (a debole ingrandimento) rotonde, giallicce, finemente granulari, mentre le colonie del tifo sono come stilacciate, cioè i filamenti sono disposti in modo che partono tutti da un punto centrale, e vi si distinguono dei tralci scolorati ora più corti, ora più lunghi, spesso in forma di catene a spirale. Si noti che le culture su lastre di vetro furono ottenute a 22° C., mentre a temperature inferiori la vegetazione suole esser meno caratteristica. Nelle feci normali l'A. dice di non aver trovato alcun batterio che si sviluppi in tal modo, ed afferma di aver potuto coltivare dall'acqua e dalle feci i bacilli del tifo su questo terreno di coltura. In un caso egli poté, dopo 24 ore, dimostrare con certezza i bacilli del tifo nelle feci di un infermo al principio della seconda settimana del suo ingresso nell'ospedale, mentre la reazione del Widal era risultata negativa.

Data l'importanza di una diagnosi batteriologica rapida e sicura, e da desiderare che il processo in parola sia presto confermato da esperimenti ulteriori. E. T.

A. EILENBURG — **Sulla patologia e terapia delle nevralgie** — *Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 22, 1899).

L'A. insiste sul fatto che ben poche delle affezioni le quali vanno sotto il nome di nevralgia corrispondono in modo preciso al concetto comune che si ha di questa forma morbosa (dolore spontaneo, violento, accessionale lungo il decorso di certi nervi). La così detta ischialgia spesso non è che una perineurite acuta o subacuta dell'ischiatico o del plesso sacrale, propagatasi per contiguità dai muscoli dei lombi (lumbago). In tali casi l'A. raccomanda, oltre il riposo, le iniezioni di una soluzione di fenolo al 2 p. 100. L'*ischialgia* acuta si distingue assai difficilmente da un'affezione neuritica o perineuritica dello sciatico. Per mezzo dei punti dolorosi alla compressione, la vera e propria nevralgia si distingue dalla nevralgia eccentrica (affezione delle radici). La nevralgia topica periferica (Benedikt) non ha né ben manifesti parossismi dolorosi, né accessi folgoranti, in essa il dolore è più continuativo. Dal punto di vista della teoria dei neuroni, e indiscutibile la compartecipazione delle cellule nervose della sostanza grigia del midollo spinale al processo nevralgico; in altri termini una nevralgia può sempre riattaccarsi ad un'alterazione nevralgica delle cellule nervose, sia essa funzionale o molecolare. E. T.

SCHOOT — **Le nevrosi cardiache e loro trattamento.** — (*Medical Record*, marzo 1899)

Necrosi sensorie, necrosi motorie e necrastenia del cuore; ecco i tre grandi gruppi, nei quali divide l'autore le forme bene accertate di nevrosi cardiache.

Delle prime il sintomo più caratteristico è una sensazione anormale nel petto, varia per sede e per carattere, il più spesso nel *centrum cordis*, e con un dolore penetrante ed opprimente, nella fossa jugulare, o nella regione dello stomaco od anche nel lato destro del petto. Qualunque ne sia il punto di partenza, il dolore si irradia con un senso di formicolio a tutta la parte corrispondente, fino ad invadere anche

il braccio. Questa forma è divisa in tre sottospecie pseudo-angina o angina pectoris nervosa, angina pectoris vasomotoria; angina pectoris vera.

La prima attacca generalmente i giovani e, tra questi, più di frequente quelli già soggetti a nevralgie o ad altri disturbi nervosi. Spesso è combinata con clorosi o anemia e molte volte è frutto di eredità. Può essere anche determinata da eccitamenti di varia specie, come sforzi mentali o fisici, e qualche volta hanno lo stesso effetto la sifilide, la tife, la gotta, specialmente al suo inizio, la pleurite e la pericardite. L'autore ha osservato dolori pseudo-anginosi del cuore causati da veleni, fra cui primo il piombo e in alcuni casi ha constatato l'influenza fatale dell'abuso di tabacco, che può condurre non solo alla pseudo, ma anche alla vera angina.

L'angina pectoris vasomotoria mostra in genere gli stessi sintomi, ma i dolori vanno attribuiti a contrazioni spasmodiche dei vasi.

L'angina pectoris vera, conosciuta anche sotto il nome di stenocardia, è delle tre forme la più frequente. I suoi sintomi sono simili a quelli dell'angina pectoris nervosa, colla differenza che il dolore e l'oppressione sono accompagnati da un senso di grande ansietà, che qualche volta è così forte da far provare al paziente, sia pure per un momento, gli spasmi dell'agonia. Generalmente gli attacchi sono improvvisi, spesso però l'autore ha osservato che in questi pazienti si nota un'aura alcune ore e anche uno o due giorni prima dell'attacco. Generalmente si verifica in persone che hanno una certa età (oltre la quarantina) le quali per lo più rimangono tranquille, sospendono qualunque esercizio, prendono un aspetto impaurito mentre altri cercano invece un sollievo gettando all'indietro il torace o la testa, e facendo dei movimenti colle braccia. La respirazione è varia: generalmente superficiale per timore di masprire i dolori mettendo in giuoco i muscoli ausiliari, ma qualche volta riescono benissimo a respirare profondamente quando il medico lo esiga. Se la malattia è inoltrata avvengono spesso serie anomale, sotto la cui influenza, la respirazione può divenire anormale, fino a produrre reale dispnea o edema acuto dei polmoni.

Lo stato del cuore, come pure quello del polso, hanno attirato da molto tempo l'attenzione dei medici, specialmente in vista di spiegare con questo mezzo la natura della malattia. Già da molti anni l'autore aveva affermato che il polso

durante l'attacco è irregolare e aritmico, ma in seguito ha anche dimostrato per mezzo del sfigmografo che può esistere una tachicardia la dove il dito ha sentito o una frequenza normale del polso o persino una bradicardia, e le contrazioni del cuore, durante l'attacco, possono divenire così deboli da non essere apprezzate, almeno sufficientemente dalla ascoltazione usuale, e il pratico può facilmente convincersi che queste contrazioni diventano sempre più deboli, fino ad assumere qualche volta un carattere fatale; oppure s'incontra il così detto cuore ondulante.

Pectus cordis diventa debole improvvisamente e non può più essere sentito. L'autore ha già descritto in altra occasione come, durante lo spasmo stenocardico abbia luogo una dilatazione dell'orecchietta sinistra, e conseguente dilatazione del ventricolo omonimo, che può più tardi essere seguita da un totale ingrandimento del cuore.

L'arterio-sclerosi, specialmente dei vasi coronari, l'insufficienza e la stenosi delle valvole aortiche, la miocardite, ecc. sono le cause più frequenti. Veramente le opinioni dei medici sulla natura dell'angina pectoris vera, sono poco concordi, ma si inclina ormai a credere che essa attacchi il cuore quando è stato già prima indebolito.

Il substrato delle nevrosi motorie bisogna cercarlo nella disturbata innervazione. La percussione e l'ascoltazione possono talora fornire qualche dato, ma più spesso si può solo far la luce investigando l'etiologia. Qualche volta è difficile distinguere se debba attribuirsi ai nervi centrali o ai periferici se vi sia un'afezione extra o intracardiaca: spesso le difficoltà di una diagnosi esatta sono insormontabili. Le stesse cause descritte per la nevrosi cardiaca sensoria possono condurre a disturbi motori di cuore: nei ragazzi la masturbazione, nelle donne la mestruazione, ed è conosciuto quanta parte vi hanno spesso le malattie sessuali, le sofferenze di stomaco, la plethora, ecc. Nella maggior parte dei casi la sensazione di palpitazione è accompagnata da un marcato aumento dell'azione cardiaca e ad un attento esame si vede la regione precordiale sollevarsi ad ogni sistole ed aumentare la frequenza dei battiti, le carotidi e gli altri vasi appaiono ondulanti, la faccia si fa di un rosso bluastrò e al paziente sembra di sentire le pulsazioni non solo al cuore, ma in tutto il corpo. Vi è spesso una contemporanea aritmia, ma il battito del cuore non è sempre d'accordo con quello del

polso; si spiega questo col fatto che il muscolo cardiaco si dilata, e quindi i ventricoli non possono essere completamente vuotati, e perciò l'*ictus cordis* è forte mentre il polso è debole. I suoni del cuore variano molto e generalmente sono sordi, ma qualche volta possono essere anche chiari ed eccezionalmente stridenti. Negli stadi avanzati della malattia si ha senso di fluttuazione e spesso gli ammalati provano una sensazione come se il loro cuore fosse sospeso nel petto. Quindi i pazienti diventano sempre più deboli, sono soggetti a frequenti svenimenti e si sentono ammalati anche quando non sono in preda agli attacchi, tormentati dalla continua apprensione di ricadute.

Della *neurastenia cordis* spetta a Fothergill il merito di aver affermato per il primo l'esistenza, distinguendo nettamente fra la debolezza muscolare e quella nervosa del cuore.

L'obiezione che la *neurastenia cardiaca* è soltanto un sintoma della *neurastenia generale*, non ha valore, imperocché si vedono spesso i sintomi cardiaci precedere gli altri disturbi o assumere proporzioni tali da rendere gli altri poco importanti. Tutte le cause che conducono alla *neurastenia*, possono anche produrre uno stato *neurastenico* del cuore. I sintomi clinici si possono dividere in due grandi gruppi, lo stadio *eccitomotore* e quello *depressivo*, ma avvengono spesso sintomi comuni alle due forme.

In principio i malati generalmente accusano oppressione precordiale e difficoltà di respiro. Talvolta però questi sintomi sono così poco marcati che i pazienti non se ne rendono conto e si lagnano solo di mal di testa e vertigini. La frequenza del polso rimane normale, e in alcuni rari casi può anche diminuire. Spesso i sintomi hanno un carattere più deciso, vi ha la palpitazione con o senza iperemesi. I segni obiettivi sono variati, l'azione regolare del cuore si alterna con aritmia, tachicardia, e persino bradicardia. Il paziente è specialmente impressionato dall'intermittenza dell'azione del cuore e vive in uno stato di continua apprensione, e ciò aumenta l'eccitamento nervoso, come pure l'azione del cuore. Ma più frequente ancora della pulsazione è una sensazione anormale che gli ammalati avvertono vicino all'apice cardiaco, e che descrivono come senso di tensione, di pesantezza, di ondulamento. In questo periodo vi è generalmente difficoltà di respiro, per quanto non esista una reale dispnea. Nello stadio

eccito-motorio appariscono spesso sintomi nel circolo periferico, specialmente pulsazioni aumentate delle arterie al collo, alla testa, all'aorta addominale, ecc., ed in relazione all'aumentata sensibilità possono esistere delle aree dolorose alla pressione, spesso limitate alla regione del cuore. A questo periodo si associa non di rado l'insonnia o il sonno agitato; i pazienti soffrono di parestesie di varia specie, sensazioni di freddo o di caldo alle estremità, torpore ad uno o all'altro membro, formicolio della pelle, spasmo alla vescica. tenesmo e alternative di bulimia e di anoressia.

Nel periodo successivo, di depressione, la palpitazione e di più lunga durata; la forza del cuore diminuisce, il polso diventa più piccolo, l'*ictus cordis* è poco o niente percettibile; piccoli sforzi o eccitamenti psichici alterano seriamente l'azione cardiaca; i pazienti diventano sempre più deboli, si lagnano di una sensazione di freddo a tutto il corpo, sono soggetti a cianosi, ed è rimarchevole il pallore della faccia, specialmente delle labbra; il sonno è più disturbato, la preoccupazione aumenta, disturbi nervosi di varia specie tormentano il paziente, specialmente la mattina, e un po' per volta si arriva a quella sindrome fenomenica che il Beard ha, per il primo, descritto in modo incisivo. A questo stadio la diagnosi non presenta difficoltà.

Non è possibile stabilire una prognosi per la neurosi cardiache, giacchè ogni caso va studiato separatamente e bisogna tener conto della durata ed intensità della malattia, dell'età e della resistenza del paziente, delle complicazioni con altre malattie, ecc. La profilassi ha molta importanza. Mettendo in guardia il pubblico contro le cause che conducono alla neurosi cardiaca, regolando la dieta, l'esercizio, il lavoro mentale, si può far molto per evitare tanto lo sviluppo, come le ricadute.

L'autore lascia in disparte la lunga lista dei medicamenti che sono stati consigliati per questi casi, parla soltanto del trattamento balneoterapico e ginnastico, il quale, come nei casi di malattie cardiache generali croniche, ha acquistato in poco tempo un grande favore, dovuto agli ottimi effetti ottenuti non solo sui sintomi, ma su tutto il sistema nervoso in generale, e specialmente sul muscolo cardiaco e sui nervi. Quando non vi sia già un'alterazione profonda del cuore e dei vasi, si può cominciare il bagno con una soluzione di 1 a 2 p. 100 di sale ed una certa quantità di acido car-

bonico: la temperatura media deve essere di 28° C. per precauzione e meglio cominciare con bagni di corta durata; sono anche consigliabili delle soste ogni 2, 3 o 4 giorni. L'effetto tonico di questi bagni è dimostrato dal miglioramento del sonno e dell'appetito, dall'aumentata vigoria del corpo e della mente, mentre nello stesso tempo diminuiscono o scompaiono le sensazioni dolorose al cuore e nei pressi.

Le controindicazioni per il trattamento balneare sono date dalle malattie organiche del cuore, nelle quali ogni aumento della pressione sanguigna deve essere evitato, e dall'arteriosclerosi delle coronarie o degli altri vasi, in cui ogni aumento di pressione può condurre all'apoplessia o all'embolismo.

I bagni di mare saranno consigliati solo a persone molto robuste, e così l'aria di montagna troppo elevata, per l'eccitazione che producono; ma un soggiorno ad un'altezza moderatamente elevata, con tutti i comodi delle cure climatiche, può avere buoni risultati.

Le cure idropiniche saranno consigliate solo nei casi complicati: le acque ferruginose, quando siavi clorosi o anemia, le purgative contro la coprostasi.

L'elettricità è stata ormai quasi completamente soppiantata dal massaggio locale e generale.

La dieta sia nutriente ma digeribile; i pasti piccoli e frequenti, gli stimolanti, come il the, il caffè e gli alcoolici, debbono essere proibiti o almeno molto limitati.

Obbligare il paziente a letto è dannoso, ma il moto deve essere moderato. Quando non siavi gravi alterazioni materiali del cuore, riusciranno utili gli esercizi ginnastici, e specialmente, dice l'autore di avere sperimentato con molto successo la ginnastica passiva, sempre con molta cautela e sotto una continua sorveglianza del medico

C. F.

RIVISTA CHIRURGICA

RYDYGIER — **Asepsi ed antisepsi delle ferite** — (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1898, n. 44).

L'A. è convinto dell'utilità dei mezzi antisettici nella cura delle ferite infette che non possono esser chiuse regolarmente; quindi, si dichiara contrario all'esclusivismo dell'asepsi professata da taluni.

Non è convinto della necessità di asportare tutte le parti sospette come sostiene Friedrich, perocché l'organismo può adattarsi a reagire contro determinate quantità di microrganismi ed inoltre gli antisettici penetrando in profonde parti dei tessuti impediscono lo sviluppo dei germi i quali perciò non possono riuscire li ostacolo alle funzioni vitali dei tessuti.

Bisogna anche considerare la questione dell'antisepsi sotto il rispetto dell'insegnamento impartito a futuri medici la cui attività si svolgerà in piccoli centri o nelle campagne ove non è possibile pensare a la stretta osservanza dell'asepsi.

Quanto alle diverse parti delle pratiche messe in uso nella sua clinica l'A. ci riferisce quanto segue:

1. I tavoli di legno sono naturalmente abbandonati. I tavoli a lastre di vetro raffreddano troppo e forse non sono l'ultima delle cause delle polmoniti consecutive alle operazioni. Perciò egli adopera un tavolo con intelaiatura metallica, privo di qualunque piano. Prima di ogni operazione viene steso un piano di tela olona sterilizzata.

2. Gli strumenti si bollono in soluzione di soda, la seta prima di ogni operazione bolle in soluzione fenicata al 5 p. 100. Il kalgut viene sterilizzato secondo il metodo di Reverdin-Doderlein a calore secco a 140° per 3-4 ore, mantenendosi perfettamente resistente ed elastico nel mentre è completamente sterilizzato. Immediatamente avanti l'operazione si immerge in alcool nè deve mai venire in contatto di soluzione acquosa;

3 Il campo operativo viene sterilizzato con lavaggio, al sapone, alcool 50 p. 100, sublimato 1 p. 1000. È utile un'impacco caldo preventivo di 24 ore;

4. Per la disinfezione delle mani segue il metodo di Fürbringer alquanto modificato. Dieci minuti lavatura con sapone alla glicerina e acqua calda corrente senza spazzolino ma coll'aiuto di battuffoli di sfacciatura di legno (Holzfaserntupfern, da cambiarsi frequentemente, lavatura in alcool 50-60 p. 100, indi sublimato 1 p. 1000 per due minuti, passaggio delle mani in soluzione borica al 3 p. 100 e soluzione fisiologica di cloruro di sodio.

Le unghie preventivamente bene nettate con apposito netta unghie, la punta delle dita molto bene soffregate con battuffoli di garza all'ioformio conservati nel sublimato secondo i consigli di Mikulicz.

Durante l'operazione le mani si risciacquano in soluzione borica o fisiologica di cloruro di sodio.

L'uso dei guanti egli non crede necessario, talvolta anzi pericoloso.

Ripudia parimenti le maschere, i copricapo, ecc. usati a prevenire l'infezione aerea. Basta lavarsi il viso prima dell'operazione inumidire la barba ed i capelli lavare la bocca e le fauci con opportuni antisettici. L'A. non rifugge dal praticare lavature boriche o di soluzione fisiologica durante l'operazione o prima di chiudere la ferita allo scopo di asportare i germi eventualmente depositi.

Convien drenare il meno possibile e cambiare più raramente che si può le medicature.

F. C. M.

MIKULICZ. — Disinfezione della pelle e delle mani mediante spirito saponato — (*Deuts. med. Wochenschrift*, 1899, n. 24).

La disinfezione delle mani come attualmente si pratica dalla massima parte dei chirurghi comprende la lavatura con acqua e sapone, spazzolamento, immersione in alcool, o soluzioni disinfettanti. L'esecuzione di questi processi è alquanto lunga ed il risultato delle ricerche sinora praticate non è del tutto soddisfacente riguardo alla completa scomparsa dei germi dalle mani degli operatori. Nell'intento di semplificare questi atti di stretta necessità per chi si accinge ad operare e di

poter raggiungere una maggiore perfezione nella antisepsi delle mani, l'autore ha voluto prendere in esperimento un liquido che contenesse unite le tre sostanze necessarie ad ogni disinfezione, ossia acqua, sapone spirito. Lo spirito saponato della farmacopea tedesca risponde a questi requisiti contenendo esso:

50 p. 100 di spirito di vino;

28,4 p. 100 di liscivia di soda;

21,6 p. 100 di acqua - olio di oliva.

Gli esperimenti batteriologici fatti su culture pure di microrganismi piogeni o sulle mani artificialmente inquinate hanno dato risultati superiori al sublimato ed agli altri antisettici noti.

Singolare è il fatto è degno di essere tenuto in conto per la pratica, che le culture di piogeni inumidite con acqua mostrano sempre maggiore resistenza all'azione del disinfettante, e pertanto le mani si disinfettavano imperfettamente se passavano nello spirito saponato dopo essere state inumidite.

I risultati completi degli studi fatti nella clinica di Breslavia saranno pubblicati dal medico capo assistente onorario dottore Hanel.

L'autore sulla base di questi fatti procede alla disinfezione delle mani e del campo operatorio nel modo che segue:

Le mani sono prima pulite dalle visibili contaminazioni mediante un battuffolo di garza bagnata nello spirito saponato, si nettano in seguito convenientemente le unghie. Indi nuova lavatura per 5 minuti nello spirito con il sussidio di spazzolino sterilizzato.

Le mani così trattate senza preventiva lavatura in acqua non solo sono sterili ma conservano tali proprietà anche dopo lunghe operazioni, ciò che non si ottiene con nessuno degli altri mezzi finora in uso.

Riguardo al campo operatorio si segue lo stesso processo, limitandosi a la puntura del territorio ove si opera e dei punti vicini, il che è di grande comodità per gli ammalati non dovendo essere completamente denudati per le grandi lavature le quali, in persone deboli possono essere una delle cause che favoriscono le polmoniti così frequenti dopo le laparotomie.

Le conclusioni dell'autore tratte dalla sua pratica sono queste

1° L'accennata comodità per gli ammalati massime se indeboliti;

2° Guadagno di tempo nella disinfezione bastando per essa soli 5 minuti;

3° Lo spirito saponato non è venefico ed è inodoro, non irrita le mani a meno che non si debba in una stessa giornata praticare la lavatura completa 6 o 7 volte;

4° La sua azione si fa sentire sin negli strati profondi della pelle in guisa che le mani anche dopo lunghe operazioni rimangono immuni da germi;

5° La disinfezione con questo mezzo costa meno di tutte le altre messe finora in uso.

Un solo inconveniente è da notarsi nella viscidità che esso conferisce alla superficie della pelle, la quale può scomparire asciugando le mani con pezzuole bene asciutte e sterilizzate, ma in seguito in contatto del sangue si fa di nuovo palese.

L'autore a questo ripara con l'uso dei guanti di filo già da lungo tempo da lui introdotti nella sua clinica ed ai quali si mostra sempre affezionato.

F. C. M.

TILMANN. — **Cura chirurgica dell'ascite.** — (*Deuts. med. Woch.*, n. 18, 1899).

Che la tubercolosi peritoneale, specie se accompagnata da ascite, sia guaribile colla laparotomia semplice, è oggi un fatto scientificamente comprovato, dopo le numerose e concludenti casistiche pubblicate da König, Aldiberti, Rôusch e molti altri.

Per quale meccanismo un atto operativo così semplice possa portare alla risoluzione della tanto grave malattia, è ancora un'incognita, non soddisfacendo allo spirito alcuna delle ipotesi avanzate sinora per spiegarlo. Perocché nel mentre si credeva dai più di invocare ora questa or quella speciale circostanza inerente alla natura del processo specifico, ecco che non poche osservazioni vennero a dimostrare che anche i versamenti peritoneali dovuti al cancro erano suscettibili di notevoli miglioramenti in seguito a semplice laparotomia.

Di fronte a questi fatti oramai assodati e che parrebbero dovuti secondo l'autore alla rapida diminuzione di pressione provocata dall'uscita in massa del liquido, alla irritazione provocata sul peritoneo dall'aria fredda, dalle manovre per

vuotarlo, pulirlo, dalle suture, ecc., fatti tutti capaci di dar origine ad iperemie compensatrici collaterali, poco sappiamo invece sinora della curabilità della ascite comune, da increspamento portale.

Un caso di Talma, pubblicato nella *Berliner klin. Woch.*, ha uno speciale interesse al riguardo.

Si trattava di un ragazzo di 9 anni il quale ammalò di morbo di Bright e cirrosi atrofica con ascite considerevole. Dopo una prima puntura inefficace Talma praticò la laparotomia, ma essendosi anche questa rivelata insufficiente a dare la guarigione, egli praticò una seconda laparotomia avendo cura di suturare alle pareti dell'addome la vescica biliare ed il grande epiploon. Si svilupparono numerose e larghe vene sottocutanee tra il campo operatorio e le vene intercostali, l'ascite non si riprodusse. Ma poiché rimaneva un considerevole tumore di milza, Talma aprì di nuovo l'addome e suturò alle sue pareti la milza tra la pelle e i muscoli ottenendo la completa guarigione del paziente col ritorno della milza allo stato normale.

Anche Raymond e Stratmann pubblicarono un caso di guarigione di ascite con considerevole tumore di milza in seguito a semplice laparotomia.

Talma opinò che la guarigione del suo ammalato fosse dovuta allo sviluppo considerevole di un circolo collaterale sottocutaneo, favorita dalla sutura alle pareti dei visceri e dell'epiploon.

Allo scopo di elucidare questo punto l'autore ha istituite delle esperienze sui cani procedendo nel modo che segue:

1° Preventivamente stabilito come tutti i conigli e cani a cui venne legata la vena porta od anche soltanto la vena mesenterica, morivano, egli legò ad un cane la vena mesenterica e contemporaneamente suturò l'epiploon alla parete addominale. Questo cane morì nello spazio di 36 ore.

2° In un forte cane praticò preventivamente la laparotomia, suturò l'epiploon alle pareti dell'addome tra la pelle e i muscoli, lavò tutti gli intestini con una soluzione di sublimato all'1 p. 1000 allo scopo di alterare l'endotelio peritoneale in guisa che fosse possibile la formazione di aderenze tra il foglietto parietale ed il viscerale della sierosa.

Chiuso l'addome e dopo otto giorni riaprì per procedere alla legatura della vena mesenterica.

Osservo l'animale sofferente per alcuni giorni, ebbe notevoli meteorismo, scariche intestinali sanguigne, indi benes-

sere. In una terza operazione allora lego la vena porta al suo ingresso nel fegato. Si ripeterono le scariche sanguigne ma il cane ricuperò il suo benessere.

La ferita guarì per prima intenzione. Si formarono sulla parete dell'addome numerose vene dilatate, chiaramente visibili con direzione dal basso all'alto.

L'animale fu ucciso dopo 12 settimane ed all'autopsia si trovò la vena mesenterica convertita in un cordone fibroso, la vena porta invece enormemente dilatata indietro la ligatura, non era completamente occlusa, il fegato presentava nuclei di infiltrazione grassosa.

Poiché questo cane malgrado la ligatura della vena porta e mesenterica non è morto come ordinariamente succede, deve inferirsi che la preventiva operazione della laparotomia e sutura dell'epiploon come fu praticata abbiano favorito lo sviluppo di un circolo compensativo per la via della cava e sebbene da questo solo fatto non si sia autorizzati a trarre definitive conclusioni, pure si può arguire che interventi operativi di tal genere, hanno un'influenza sulla circolazione addominale.

Può essere giustificata la speranza che in avvenire migliori la prognosi così infausta oggidì della trombosi portale, delle cirrosi epatiche ove le cellule non siano ancora completamente distrutte e di tutte quelle altre affezioni addominali, le quali esplicano i più gravi e minaccianti sintomi colla compressione dei vasi endo-addominali.

F. C. M

A. EGON NEUMANN. (Berlino). — **Sulla cura operativa dell'ascite nella cirrosi epatica.** — (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1899, n. 26)

L'importantissima comunicazione di Talma sulla cura operativa degli inceppamenti circolatori del fegato e i risultati sperimentali di Tilmann incoraggiarono l'A. a tentare l'operazione in un caso evidente di cirrosi del fegato.

Una donna di 45 anni dedita all'alcool, senza precedenti morbose importanti ammalava con disturbi della digestione protratti per lungo tempo, dimagrimento notevole, ingrossamento considerevole dell'addome. Il 1° novembre '98 l'esame fisico rivelava: ammalata in pessimo stato di nutrizione, pelle e mucose pallide, senza suffusione itterica, né febbre. Addome

rotondeggiante contenente raccolta liquida libera. Fegato rimpicciolito con superficie scabra, milza ingrossata. L'urina contiene tracce di albumina, nessun cilindro né pigmenti biliari.

Il 2 novembre l'A. praticò una laparotomia mediana al di sopra dell'ombelico aprendo il peritoneo per 4 centimetri. Vuotamento dell'ascite data da un liquido chiaro di colore verdastro, del peso specifico di 1010. Colla palpazione praticata a mezzo di due dita introdotte nell'addome constatò la durezza e scabrezza della superficie del fegato la cui vescica biliare era mediocrementemente ripiena senza tracce di calcoli, nel mentre con l'ispezione oculare poté osservare lo stato completamente normale del peritoneo. Con un cucchiaino semilungo venne raschiato il peritoneo nei dintorni della ferita allo scopo di spogliarlo del suo endotelio, indi a questi punti venne unito con sutura il grande epiploon, il quale venne anche compreso nella sutura lineare praticata in seguito sul peritoneo. Il 12 novembre guarigione per *primam*. Si notano nei dintorni dell'ombelico molte vene ingrossate. Il ventre è appiattito, cedevole sebbene contenga ancora tracce di ascite.

Il 1° maggio '99 l'ammalata si porta benissimo, ha appetito, il ventre è molle, il fegato è duro, sporge dall'arcata costale, non esiste ascite. Attorno all'ombelico si nota un'evidente rete venosa di cui alcuni rami si possono seguire sin negli spazi intercostali.

Che le aderenze parieto peritoneali provochino sviluppo di nuove reti vascolari, lo possiamo constatare tutte le volte che siamo portati ad asportare qualche tumore addominale che abbia contratto sinechie con le pareti. Si osserva allora una ricchezza considerevole di vasi, tanto più marcata quanto più vecchie sono le aderenze. Sono queste nuove vie sanguigne che alimentano quei tumori voluminosi che si innestano con piccolo peduncolo quasi completamente fibroso all'organo da cui provengono.

E tale sviluppo considerevole di vasi periferici pare proporzionale allo sviluppo del tumore in guisa che si può giudicare dell'accrescimento di questo, come fu già osservato da Virchow e Gussierow, dall'appariscenza minore o maggiore della rete venosa sottocutanea.

Che questi fatti, in accordo coll'esperimento di Tilmann, autorizzino a tentare nell'uomo in casi di occlusione della vena porta un metodo operativo che favorisca la formazione

di un circolo di compenso, potrebbe dimostrato dal caso di Talma e dal presente. Certo ulteriori esperienze sono necessarie anche per chiarire meglio alcuni punti circa il processo patologico.

Quanto all'atto operativo esso è così semplice che ogni chirurgo il quale sia sicuro della sua asepsi può facilmente praticarlo.

Speciale attenzione va però rivolta alla funzione del fegato non essendo conveniente alcun intervento allorché la cellula epatica più non esiste.

F. C. M.

I. LINK. — Nuova sutura nell'operazione radicale dell'ernia senza fili perduti. — (*Centralblatt für Chirurgie*, p. 346-99).

L'A. nelle sue numerose operazioni di ernia ha seguito sempre il metodo Bassini di cui ha potuto rilevare i vantaggi sopra tutti gli altri metodi calato operativo e in quanto riguarda la stabilità dei successi ottenuti. L'applicazione delle suture a fili perduti è però sempre l'oggetto delle preoccupazioni di tutti i chirurghi, poiché è noto come malgrado la più scrupolosa asepsi non mancano tuttora casi di suppurazione di queste suture profonde. Vero è che il più delle volte può dimostrarsi come la suppurazione sia partita da un punto cutaneo, ma il fatto che essa può diffondersi profondamente dando luogo a complicazioni che compromettono l'esito dell'operazione ha dato occasione a più di un chirurgo di pensare alla sostituzione dei fili perduti con suture di fili amovibili.

Ecco che cosa propone pertanto l'A.

1. Una sutura continua per il tripl'estrato. L'ago non molto ricurvo montato a doppio filo penetra alla distanza di tre centimetri ed all'interno dell'angolo inferiore della ferita; attraversa la pelle, l'aponevrosi del grande obliquo, il tripl'estrato.

Il doppio filo è assicurato ad un battuffolo di garza all'iodoformio destinato a trattenerlo alla periferia.

Si pratica allora il sopraggito tra i muscoli ed il bordo posteriore del ligamento avendo cura di far serrare da uno assistente ogni passo del filo man mano viene eseguito; la sutura finisce coll'uscita dell'ago a tre centimetri dall'angolo superiore esterno della ferita dopo aver fatta la strada in-

versa dell'entrata ossia attraversando il ligamento di Poupart e la pelle. Il doppio filo viene allora assicurato ad un secondo battuffolo di garza all'iodoformio dopo di avere verificato se la sutura tiene perfettamente.

2. Sutura continua per l'aponevrosi del grande obliquo penetrando dall'angolo inferiore lato esterno della ferita con lo stesso procedimento seguito per la prima ed uscendo all'angolo superiore lato interno. Altri due battuffoli di garza trattengono contro la pelle i due estremi del filo.

3. Sutura nodosa della pelle.

Al 10 giorno si tolgono le suture; la cutanea come di consueto e le profonde recidendo i nodi sulla garza.

L'A. assicura di aver sperimentato questo processo con lodevole risultato, e si lusinga anzi di avere risolto col suo semplice mezzo la questione delle suture profonde in questa operazione.

F. C. M.

HUBENER — (Clinica chirurgica del Mikulicz - Breslau). —

La barba degli operatori causa di infezione nelle operazioni asettiche. — (*Centralblatt für Chirurgie*, pag. 321-99).

Le ricerche di Flugge sulla propagazione dei germi buccali a distanza nel parlare, diedero occasione già nel passato anno a Mikulicz di occuparsi di mezzi di difesa da questa causa di infezione delle ferite operatorie. I lettori non ignorano come egli propose una maschera speciale destinata a trattenere quelle tali particelle liquide che sono il veicolo dei germi lanciati a distanza dalla nostra bocca. Ora il Garré osservò al Mikulicz che la sua maschera agendo per sfregamento sopra i baffi o la barba degli operatori faceva distaccare e cadere sul campo operativo numerosi germi e quindi anziché sicuro riparo era una nuova causa di infezioni.

L'A. praticò ricerche accurate a questo riguardo e giunse alla conclusione che veramente la maschera limitata alla bocca col suo contricarsi contro la barba può far cadere germi sul campo di operazione, i quali se normalmente sono indifferenti, in determinate circostanze sono piogeni veri, come quando ad es. l'individuo è affetto da catarro nasale, angina e simili.

Né l'azione della maschera è necessaria per far cadere tali germi bastando che l'individuo fornito di barba nuova ripetutamente la testa sopra alcune placche di agar per vedere svilupparsi su di queste i microbi più o meno numerosi secondo i casi.

Accennato in seguito per ciò che riguarda la pratica chirurgica al sacchetto di lana di Bardenheuer, al cappuccio di Vulpus, propone l'A. di aggiungere alla maschera di Mikulicz un velo di batista da allacciarsi alla nuca perché possa ricoprire completamente la barba ed i baffi.

Ripetuti esperimenti gli hanno dimostrato come con questo mezzo non si riesce a raccogliere sulle placche di agar o gelatina alcun germe proveniente dalla barba.

F. C. M.

HIRTZ — Ascesso sotto-corticale del cervello consecutivo a un traumatismo senza lesione del cuoio capelluto né delle ossa del cranio. — (*La Semaine médicale*, n. 28, 1899).

Questo caso presentato dall' A. alla Società medica degli ospedali di Parigi (seduta del 23 giugno 1899) si riferisce ad un uomo di 21 anni, muratore, senza antecedenti ereditari, e personali, il quale nel gennaio u. s. aveva ricevuto dei violenti colpi di bastone sul capo che non produssero alcuna lesione cutanea od ossea apparente, ma che furono seguiti, dopo qualche giorno, da intense cefalalgie accompagnate da vomito. Al termine di un mese, l'infermo fu colpito da paralisi flaccida dell'arto superiore destro e, qualche tempo dopo, da crisi di epilessia jacksoniana di tutto il lato destro. Di fronte a tali fatti, il dott. Faure praticò la trapanazione a livello della parte superiore della regione Rolandica sinistra e incise la dura madre. La parte di cervello sottogiacente, che non era animata da battiti e faceva sporgenza accentuata, fu punta con l'ago della siringa del Pravaz e ne uscì del pus verdastro. Trattavasi dunque di un ascesso sotto-corticale, che fu inciso, vuotato e poscia drenato. La ferita cranica fu allora riunita con qualche punto di sutura e medicata, e la guarigione ebbe luogo senza accidenti.

Da allora in poi l'infermo non presentò più crisi epilettiche, ma non recuperò l'uso del braccio destro che tre mesi dopo l'operazione.

L'esame batteriologico del pus non permise di svelare che qualche bacillo le cui inoculazioni e seminagioni diedero risultati negativi. Non essendosi constatata alcuna lesione da parte delle orecchie o del naso, l'origine di quest'ascesso del cervello rimane oscura.

E. T.

M. S. SOUBBOTINE — La sutura sottocutanea — (*La Semaine médicale*, n. 28, 1899).

Allo scopo di evitare la suppurazione che spesso si produce a livello degli orifizi di puntura i quali dan passaggio ai fili adoperati nella riunione delle ferite, l'A., che è professore di chirurgia all'Accademia militare di medicina di Pietroburgo, ha sostituito, da qualche tempo, con vantaggio nelle sue operazioni, la sutura cutanea con una sutura sottocutanea.

Egli si serve di catgut molto fino che, dopo immersione nell'etere solforico, e sottoposto ad una temperatura 140°-150° nell'autoclave, poi conservato, sia allo stato secco, sia nell'alcool a 95°.

La sutura viene applicata nel modo seguente

Finita l'operazione ed assicurata l'emostasi, si procede alle suture profonde secondo il metodo sotto, poi si chiude la ferita tegumentaria per mezzo di una sutura a soprappiglio che passa nel tessuto sottocutaneo senza mai interessare la pelle propriamente detta. Un nodo serve per l'arresto del catgut al primo orifizio di puntura. In quanto all'altro capo del filo, che emerge dall'ultimo orifizio di puntura lo si fissa, senza legarlo, nell'ansa del penultimo punto di sutura. Si ottiene così una coagulazione solida delle labbra dell'incisione, che però è bene rinforzare con strisce di cerotto al caucciù, di 5 cm. di lunghezza per 1/2 cm. di larghezza. Dopo avere riscaldate queste strisce sulla fiamma di una lampada ad alcool o di un becco a gas, le si applicano perpendicolarmente alla ferita ad una distanza di cm 2 1/2-3 l'una dall'altra. Ciò fatto, si copre la ferita, per tutta la sua lunghezza, con uno strato sottile di cotone asettico, o di garza, su cui si spalma, per mezzo di un pennello di ovatta, una soluzione di caucciù nella benzina con l'aggiunta di etere. Questo liquido forma, dopo essiccazione, un involucro protettivo ed occlusivo.

Non è necessaria altra medicatura, ed è soltanto nel caso in cui vi sia da temere un'emorragia, che si mette sopra lo strato di caoutchouc una fasciatura compressiva, che si toglie dopo poche ore.

E.T.

FERRIA. — Prove cliniche di opoterapia tiroidea come stimolante della rigenerazione ossea. — (Gazzetta medica di Torino, 15 giugno 1899)

Alcune recenti osservazioni dimostrerebbero concordemente un effetto stimolante esercitato dalla somministrazione di preparati tiroidei sullo sviluppo del tessuto osseo.

Le prove più convincenti sono quelle fatte dal dottor G. Gauthier ed esposte in un interessante articolo del *Lyon Médical*, a proposito di due casi di frattura con ritardo di consolidazione.

L'autore ha voluto ripetere l'esperimento trovandosi in presenza di un'inferma, ricoverata nella clinica, alla quale fu necessario, per un trauma, asportare una non piccola porzione della diafisi tibiale dell'arto destro col dubbio di una sufficiente riparazione ossea per parte del periostio, fortunatamente conservato. L'età della paziente (46 anni), la lunghezza del segmento osseo asportato abbastanza considerevole, la distanza troppo breve fra il trauma e l'atto operativo e quindi la poca attività formativa che il periostio doveva ricevere dal processo osteomielitico, non ancora iniziato, erano le ragioni che facevano dubitare dell'ossificazione. Furono allora messi in uso i tabloidi di tirodina dei signori Burroughs, Wellcome e C. di Londra ciascuno dei quali corrisponde a 5 grani di ghiandola fresca di montone, e si somministrarono alla dose di due o tre al giorno. Dopo alcuni giorni si cominciò a constatare un'evidente modificazione nello stato locale dell'arto ammalato. In breve tempo il cilindro osseo fu neofornato, la consolidazione divenne perfetta e non residuò che un lieve accorciamento della gamba destra di 2 centimetri.

Un altro caso si riferisce ad un uomo che si presentò in clinica con callo deforme del radio sinistro verso la metà, con posizione fissa dell'avambraccio in pronazione, e depressione dei due frammenti verso il cubito. Fatta la resezione ed avendosi ritardo nella consolidazione finale, si usarono anche in questo caso i tabloidi di tiroide, fino a 4 al giorno,

e nel termine di un mese la mobilità dei frammenti era totalmente scomparsa.

Certamente questi casi sono del più grande interesse. Però l'autore stesso prima di formulare un giudizio definitivo sull'efficacia di questo presidio terapeutico, ritiene prudente seguire il riserbo già a questo proposito mantenuto dal Gautier, in attesa che nuovi esperimenti e nuove osservazioni vengano a dar maggior luce all'argomento.

te.

G. HAHN. — **La formalina contro la tubercolosi chirurgica.** — (*Centralblatt für Chir.*, n. 24, 1899).

Dopo di avere abbandonato l'antico metodo curativo della tubercolosi locale colla glicerina all'iodoformio perche molto spesso seguita da incerti e incompleti risultati, e dopo di avere pure lasciato l'altro metodo di cura con glicerina jodata, dal quale veramente aveva ritratto qualche vantaggio, Hahn si viene a sperimentare la formaina per iniezione, e dopo due anni di continuati sperimenti, egli dichiara ora che una miscela di formalina (soluzione al 15 p. 100 di formaldeide e glicerina) costituisce il mezzo curativo più opportuno.

L'azione che essa spiega quando può venire a sufficiente contatto col focolaio tubercoloso e di tale efficacia che nessun altro mezzo fino ad ora conosciuto può contendergliela.

Gli infermi che si mostrano più adatti a questa cura son que li affetti da tubercolosi articolare, specialmente se questa è passata a suppurazione, pero ad ascessi non ancora aperti. Si adattano ancora a questa cura gli ascessi, specialmente gli ascessi per congestione e l'empima tubercoloso della pleura.

Il medicamento si prepara nella proporzione di 100 c. cm. di glicerina e 1-5 c. cm. di formalina.

Nella tubercolosi articolare i migliori risultati si ottengono quando la cavita articolare è distesa dall'ascesso tubercoloso ed è resa accessibile in tutti i suoi angoli a diverticolo. Quindi l'artico azione coxo femorale si presta meglio di ogni altra a questo metodo curativo, e dopo di questa l'articolazione del ginocchio; si prestano meno le articolazioni del carpo e del tarso.

Potrebbe a tutta prima destare una metedula meravigliosa che gli ascessi congestivi i quali hanno il focolaio tubercoloso più in alto rispondano bene alla cura. Pure l'effetto che

se ne ebbe anche in questa sorta di ascessi fu senza dubbio grandissimo. Una o due iniezioni bastavano il più delle volte ad impedire che si rinnovasse la raccolta purulenta e, fatto assai naturale, la stessa spondilite (trattata con corsetto gessato) guarì con sorprendente rapidità.

Ecco come l'autore ci indica il modo di procedere in questa cura.

Dapprima la cavità dell'ascesso vien vuotata del suo contenuto con un aspiratore (egli adopera a tal uopo un fine tre quarti della capacità di 20 c. cubici e sterilizzato al calore umido) e dopo vuotato l'ascesso si pulisce con ripetute iniezioni ed aspirazioni di acqua borica coll'avvertenza di non far sanguinare la parte. Quindi s'inietta un volume eguale alla terza parte o metà del quantitativo di pus aspirato, di formalina sciolta in glicerina all'1 p. 100 — Quietè assoluta della regione — Succede una reazione più o meno forte con gonfiore ed accompagnata spesso a febbre oltre 39 cent., durante i quali fenomeni il liquido della cavità ascessuale si rinnova ed aumenta notevolmente provocando forti dolori, che si leniscono colla morfina. Dopo alcuni giorni svanisce la reazione e il dolore diminuisce in quantità l'essudato.

Dopo circa quattordici giorni, possibilmente prima che l'essudato sia tutto riassorbito (l'essudato talora sparisce dopo la prima iniezione) si raccomanda di far seguire alla prima una seconda ed anche altre iniezioni. La guarigione si compie in poco tempo senza lasciar disturbi funzionali dell'articolazione. Condizione per la guarigione perfetta si è che non rimangano in cavità masse necrotiche tubercolari perchè esse costituiscono sempre un ostacolo alla cicatrizzazione. Se per caso vi fossero questi residui di materiali necrotici devono venire disciolti colle iniezioni di glicerina e quindi eliminati con ripetute aspirazioni. A convalidare le sue affermazioni l'autore riporta due casi clinici guariti perfettamente con questo metodo curativo.

C. P.

SNEGUIREFF — Un nuovo materiale riassorbibile per suture e legature. — (*Centralblatt für Chir.*, n. 24, 1899)

S'ante l'impossibilità di ottenere una sicura sterilizzazione del calgut, per cui la sfiducia dei chirurghi in questo materiale è cresciuta tanto che il suo impiego è da quasi tutti abbandonato, anche nella clinica ginecologica di Mosca, fu

bandito per sempre il catgut, specialmente dopo un caso d'infezione mortale indubbiamente causato da questa sostanza, e Snegureff, direttore di quella clinica, dopo molteplici esperienze e prove batteriologiche istituite fin dal 1894, trovò che molto opportunamente il catgut può essere sostituito dai filamenti fibrosi del legamento cervicale della renna. Questi filamenti egli ottenne sfilando direttamente e in linea parallela il legamento stesso. La successiva sterilizzazione dei filamenti è facilissima col metodo seguente: si digrassano nell'etere, si mettono nell'olio di ginepro e vi si tengono 14 giorni, si toglie l'olio col'etere ed alcool, si tratta con soluzione di sublimato e quindi con soluzione sterile di cloruro sodico e da ultimo si conserva in alcool. Da rigorosi esperimenti risulta che preparato in questo modo, il filamento si mostrò già sterile appena trattato coll'olio di ginepro, perciò la soluzione al sublimato non viene aggiunta che per maggior sicurezza. In 83 laparotomie eseguite nella clinica suddetta non avvennero che quattro morti, ma tutte per causa constatata estranea al materiale di sutura. L'autore indica come altri vantaggi di questo materiale il poco costo e il suo tardo riassorbimento.

SILBERBERG. — Sulla sutura dei vasi sanguigni. — (*Centralblatt für Chir.*, n. 28, 1899).

Alle 28 osservazioni finora pubblicate l'autore ne aggiunge alcune proprie risultate da esperimenti fatti sopra grossi cani.

Per ottenere una provvisoria interruzione della corrente sanguigna nei vasi da operarsi (giugulare, carotide, femorale) Silberberg si serviva dapprima di un klemme, quindi, per consiglio di Dietze ricorse alla legatura provvisoria. I fili condotti attorno ai vasi venivano gradatamente e lentamente torti assieme e quindi erano fissati con un klemme. La sutura (da principio sutura a punti staccati, quindi sutura continua) penetrava tutti gli strati costituenti la parete vasale, e sopra questa si applicava anche la sutura dell'avventizia.

I suaccennati esperimenti (26 sulle vene, 8 sulle arterie) dimostrano che le ferite longitudinali delle vene offrono le maggiori probabilità di buona riuscita della sutura. Dopo di questo, le ferite trasversali delle vene diedero la migliore riuscita. L'applicazione delle suture alle vene nella divisione totale del vaso è difficile (sopra sei esperimenti ne riuscirono

solamente due), però si è dimostrata possibile persino colla resezione di una porzione di vena di due centimetri.

Tra le ferite trasversali delle arterie offrono probabilità di riuscita della sutura solo quelle che non oltrepassano la metà della circonferenza del vaso.

I pericoli della sutura vasale che sarebbero risultati da questi esperimenti furono: emorragie secondarie fino alla morte per anemia acuta, suppurazione, esagerato restringimento del calibro sul punto della sutura fino al completo otturazione. Pur tuttavia gli esperimenti dimostrarono ancora che con una esatta sutura si può riuscire benissimo ad ottenere l'emostasia, pur conservando tutto il calibro del vaso.

Per quanto riguarda a parte istologica di questi esperimenti essa si riassume nei seguenti dati:

La riunione delle pareti del vaso diviso ha luogo per mezzo del tessuto connettivo, il quale nel punto della sutura sostituisce quasi tutti gli altri elementi. La tunica elastica svanisce totalmente. L'endotelio manca nei preparati recenti, negli stadii ulteriori incomincia una lenta rigenerazione. In prossimità della cicatrice si vede un ispessimento della parete (callo vasale) che l'autore paragona ad una frattura guarita.

G. P.

LANGEMAK e MEGELE. — L'argilla quale materiale da medicazione asettico ed antisettico. — (*Centralblatt für Chir.* n. 23, 1899).

La facoltà essiccative dell'argilla, già proclamata da Stumpf qualche tempo fa, venne ora sperimentalmente studiata da Megel il quale nell'istituto igienico di Monaco istituì a tale scopo una serie di esperienze. Queste hanno fatto vedere che tale sostanza in realtà possiede con straordinario potere i tessuti animali intromessivi e che questo potere si spiega con maggiore efficacia e si mostra colla massima intensità sugli strati delle sostanze animali che si trovano immediatamente in contatto con essa, e così operando tiene lontano dagli strati medesimi qualunque processo di putrefazione. Da ulteriori esperimenti si poté determinare che la causa di così notevole potere assorbente sta da una parte nella forte tendenza ad assorbire acqua, comune a tutte le argille, tendenza che alla sua volta ha la sua causa nella grande sua poro-

sita e nella finezza dei suoi granuli, dall'altra nello enorme suo potere di attrazione capillare.

In vista di queste proprietà, Mezger ritiene indubbiamente che l'argilla possa essere adoperata con grande vantaggio come materiale di medicazione delle ferite perchè prosciugandone la superficie sottrae ai batteri il terreno di nutrizione e ne arresta quindi lo sviluppo, in questo senso si deve intendere la sua azione asettica ed antisettiva. Tale concetto venne recentemente confermato dal rapporto di Langemack sui risultati ottenuti dal trattamento delle ferite coll'argilla. Questo autore si loda molto di questa sostanza come quella che è quasi nulla costosa, non tossica, non irritante, essiccativa e deodorante. Trattanto non fa di qualche inconveniente del suo uso e sarebbe che non di rado i bottoncini che nascono sui margini delle piaghe ritardano la formazione dell'epidermide cicatriziale dei margini stessi, e che sotto l'azione di questa argilla si sviluppano talvolta granulazioni poco vitali.

Per questo metodo curativo egli raccomanda per le ulcere, eczemi ecc. una pasta d'argilla (argilla, glicerina, ana 12,5, vaselina 25) e per le grandi cavità e superfici piagate molto estese la polvere d'argilla a granuli fini riscaldata previamente a 150° C.

C. P.

EICHEL, maggiore medico. — Sulla trasfusione cloruro-sodica nelle cavità peritoneale. — (Deuts. milit. Zeit. n. 7, 1899).

Ad un soldato d'artiglieria, il quale era caduto sotto un carro da munizioni, e che in questa caduta aveva riportata estesa lacerazione di milza, venne immediatamente fatta l'asportazione di quel viscere, operazione che era reclamata dalla copiosa emorragia interna, immediata conseguenza del trauma sofferto. Non ostante che tanto prima che dopo l'operazione si fossero eseguite iniezioni sottocutanee di cloruro di sodio, e che si fossero applicati clisteri della stessa soluzione, non fu possibile scongiurare un mortale collasso per la gran perdita di sangue (circa tre litri), e il paziente morì. L'osservazione di questo caso indusse il maggiore medico Eichel a tentare con più esperimenti sopra animali resi anemici il processo curativo che era già stato tentato da altri

e che consiste nell'iniettare la soluzione cloruro-sodica direttamente nella cavità peritoneale. Questo processo, che in via sperimentale aveva già corrisposto bene ebbe egli poi occasione di eseguire e con felice successo sopra un altro ferito.

Questi era un soldato del treno, il quale per aver riportato un calcio da un cavallo, presentava tutti sintomi di emorragia interna, con minaccia di mortale anemia acuta. Aperto l'addome e dopo minuziose ricerche, si scoprì che l'emorragia proveniva dalla superficie superiore del fegato, il quale presentava una lacerazione lunga 10 centimetri e profonda mezzo centimetro. La ferita del fegato venne tamponata e la cavità addominale chiusa, dopo estratta una grande massa di sangue valutata a circa 2 litri. Dall'angolo inferiore della ferita addominale fu introdotto nel ventre un catetere di Nélaton, per mezzo del quale si trasfusa nell'addome dapprima 200 cent. cubici di soluzione cloruro sodica in una sola volta, e poi a gocce continuando la trasfusione di due in due ore per tutto il giorno successivo, di modo che la quantità di soluzione trasfusa ammontò a 3000 grammi. L'esito di questa cura fu così favorevole che il paziente poté abbandonare il letto al 12° giorno.

C. P.

SCHLIFKA. — Sull'uretrotomia interna. — (*Centralblatt für med. Wissenschaft*, n. 21, 1899).

L'A. riferisce un nuovo metodo di uretrotomia, il quale consiste nell'incidere non già la parete inferiore del restringimento, ma la superiore. Gli inconvenienti dei vecchi metodi, principalmente il pericolo di infiltrazione urinosa, sono in questo modo quasi del tutto eliminati. Se l'urina viene emessa fra il catetere e la parete uretrale, cadrà in basso per proprio peso e non potrà bagnare a lungo la ferita situata sulla parete superiore.

La tecnica operatoria è la seguente:

Dopo un'accurata lavatura dell'uretra fino al punto del restringimento, si spinge attraverso a questo una candela letta conduttrice che può venire unita all'uretrotomo (Charrrière 8-10) per mezzo di un passo di vite. La candeletta sottile deve stare in posto per qualche ora allo scopo di rendere trattabile il restringimento. Quando l'uretrotomo è passato, si spinge innanzi la cannula munita del coltello attraverso la guida

scanalata. Lo strumento è precisamente quello vecchio del Maisonneuve, soltanto ha la scanalatura pel coltellino nella sua parte superiore. Si possono praticare più incisioni, quindi si toglie l'uretrotomo, e, in sua vece, viene introdotto, per mezzo della bugia conduttrice, un catetere permanente che si lascia in sito per due o tre giorni; si fa seguire, poscia, la dilatazione con le sonde metalliche.

L'A. riferisce 16 casi operati in tal modo, in cui è soprattutto evidente la favorevole influenza della operazione sulle condizioni settiche degli infermi.

E. T.

LANNELONGUE. — Della cura degli ascessi tubercolari, sintomatici o no di alterazioni ossee. — (Dal *Progrès médical*, n. 5 del 1899).

L'autore conferma il fatto, ben noto, che gli ascessi tubercolari di rado guariscono spontaneamente e d'ordinario esigono un intervento pronto e precoce. Questo si ottiene con due mezzi: sia con l'estirpazione del tumore, sia con le iniezioni modificatrici successive. L'ablazione col bisturi del tubercoloma, contenente e contenuto, sarebbe il metodo ideale, se si potesse togliere, senza aprirla, la totalità del tumore. Però se la saccoccia è voluminosa o profondamente collocata, si corre il rischio di aprirla durante la dissezione; è dunque preferibile violare l'ascesso il più presto possibile, evitando di prolungare il contatto del suo contenuto coi tessuti sani, poi procedere alla raschiatura della parete. Questo modo di fare però, presenta un doppio inconveniente: quello di non togliere tutto, di lasciare una parte del focolare virulento, e quello di esporre a una generale infezione con la possibile introduzione dei bacilli nei vasi aperti.

Se il secondo di questi pericoli è assai più raro che non si crele, non è la stessa cosa per il primo, che è quasi inevitabile e quando si tratta di ascessi profondi o duraturi, senza contare che negli ascessi per congestione non si può sempre raggiungere la lesione ossea stessa. Il metodo delle iniezioni *uniche, o multiple e successive* dà al contrario eccellenti risultati se lo si eseguisce diligentemente e con tutta l'attenzione che richiede la costituzione anatomica dell'ascesso. La puntura deve essere fatta con un trequarti abbastanza grande sopra un punto ancora sano della pelle. Evacuato il liquido,

si procederà a una minuziosa lavatura della cavità con soluzione antisettica (acqua fenicata 1 % ad esempio) fin a che il liquido ritorni limpido, dopo di che si farà l'iniezione medicamentosa.

L'iodoformio costituisce uno dei mezzi più sicuri per ottenere una più pronta guarigione. Dopo molte prove, l'autore si è fermato alla formola seguente.

Olio di mandorle dolci sterilizzate . . .	90 grammi
Iodoformio	} ana 10 id.
Etere solforico	
Craosoto di faggio	2 id.
Mescola per uso esterno.	

S'impiegheranno, per ogni iniezione, 30 grammi di questo liquido, che corrispondono a un deposito di 2 a 3 grammi di iodoformio nella saccoccia. Non ne risulta avvelenamento.

Risultati. — Su 17 malati così curati, 4 colpiti dal male di Pott lombare o dorso-lombare, sono guariti dopo una sola iniezione, 3 dopo due iniezioni; altri 3 in seguito a cinque iniezioni; e 6 hanno avuto delle fistole e hanno finito per guarire in un periodo fra i dieci mesi e i due anni e dopo operazioni complementari, cioè raschiamenti, aperture di nuovi ascessi, ecc., un altro infine, colpito dal male di Pott dorsale inferiore, soccombette in seguito ad ascessi multipli nel piccolo bacino, nella natica e ad ambedue i lati della piega dell'inguine.

I risultati ottenuti dal Ménard col naftol cauforato sono simili ai precedenti e confermano la superiorità del metodo delle iniezioni successive. La presenza di microbi sovrapposti ai bacilli non deve modificare per niente le disposizioni prese.

L'autore inoltre fa rilevare che il trattamento degli ascessi tubercolari sintomatici del mal di Pott o di un'osteo-sinovite, non ha effetto che su alcune delle indicazioni a cui danno luogo queste affezioni. Infatti bisogna anche aver cura di tenere gli ammalati orizzontalmente distesi nella malattia di Pott, applicare l'estensione continua nelle coxotubercolosi, ecc.

Infine si dovrà sempre impiegare un buon trattamento generale, e, sotto questo punto di vista, l'aerazione permanente è una delle condizioni più importanti.

A. C.

KRAEMER — **Sull'etiologia e sulla cura chirurgica delle variol degli arti inferiori.** — (*Centralblatt f. med. Wiss.*, n. 21 1899).

Avendo il Landerer ottenuto risultati per nulla soddisfacenti — relativamente alla durata — con l'operazione del Trendelenburg, la ha sostituita fin dal mese di ottobre del 1898 con l'operazione radicale del Madelung (estirpazione totale della safena). Furono 18 i casi operati dal Landerer in questo modo e l'esito fu molto soddisfacente.

Per quanto si riferisce alla tecnica, il taglio della cute da 5 cm. circa sotto il legamento del Falooppio, si estende fino alla regione articolare, e spesso viene praticata una seconda incisione dipartentesi ad angolo acuto dalla prima, al disotto del ginocchio, per potere estirpare anche una collaterale della vena. Isolati i nodi, si procede all'estirpazione e poscia ad una accurata sutura della cute. Per ottenere la guarigione per prima, è indispensabile un'emostasi scrupolosa. Le ulcere torpide ed estese vengono estirpate procedendosi poscia alle trapiantazioni. La gamba si tiene immobile per otto giorni per mezzo di una stecca e l'ammalato rimane a letto per tre settimane.

E. T.

RIVISTA DI OCULISTICA



ANGELUCCI prof. A. — **Sulla neurite uricemica acuta del nervo ottico** — (*La Clinica moderna*, 31 maggio 1899).

In una lezione clinica sulla neurite ottica, il prof. Angelucci dimostra che la neurite acuta del nervo ottico ha per causa occasionale frequente un attossicamento locale da prodotti uremici. Questa forma uricemica si esplica colla sintomatologia clinica delle due forme classiche della neurite del secondo paio, la neurite endoculare, e la neurite retrobulbare. In quanto alla neurite endoculare, il quadro clinico consiste nella rapidità dell'insorgere della flogosi papillare, nel celere e rilevantisimo abbassamento della visione ora

con vasti scotomi centrali, ora con restringimento del campo visivo, nell'assenza di cause determinanti di qualsivoglia specie, ad eccezione della presenza di molteplici manifestazioni uremiche, nella resistenza dell'infiammazione papillare a qualsiasi metodo curativo che non sia rivolto a combattere l'eccesso dell'acido urico, nel miglioramento rapido della visione non appena le urine mostrano che l'acido urico è tornato nelle proporzioni normali. Nella seconda forma, la immagine oftalmoscopica non offre che sintomi di iperemia, il campo visuale è ridotto tanto per la presenza di uno scotoma centrale quanto per il restringimento a settori, il modo di insorgere del processo morboso, il decorso, la remissione dei sintomi ad un appropriato trattamento si comportano come nella prima forma.

L'autore fa alcune considerazioni sull'eziologia di queste neuriti, le quali non hanno ancora trovato un posto adeguato nei trattati per il confusionismo che regnava ancora dieci anni or sono sulla natura del reumatismo. Oggi si trova che il reumatismo non sia sinonimo di causa perfrigerante, ma sibbene la manifestazione occasionale che il freddo induce sul chinismo e sulla solubilità dei prodotti urici circolanti, i quali circolano e si eliminano finché sono allo stato di quadriurato sodico, ma precipitano quando, assumendo un altro atomo di base, si trasformano in biurato sodico. Data quindi l'uricemia, i più esposti alla precipitazione dei sali urici e alle consecutive flogosi sono i tessuti connettivi ricchi di sali e quelli più superficiali e più freddi. Queste condizioni esisterebbero nei tessuti oculari se si pon mente alla natura loro, comprese le guaine e i setti connettivali del nervo ottico, alla linfa abbondante che bagna le guaine e i fasci nervosi, alla posizione esposta del globo oculare

te.

NEUSCHÜLER. — Influenza della narcosi sulla tensione oculare. — (Bollett. d'oculistica, N. 16).

L'A, nello studiare i rapporti del simpatico nella tensione oculare, ebbe a sottoporre una lunga serie di animali alla narcosi.

Si accorse che la tensione presentava delle variazioni, a seconda che l'animale era allo stato normale, o sotto l'influenza della narcosi.

Coll'oftalmotonometro di Fick ha istituito ripetuti esperimenti su conigli e su gatti, ed è giunto alle seguenti conclusioni:

1° nel periodo di narcosi vi è un aumento di tensione oculare;

2° questo aumento si osserva, sia che la narcosi avvenga per via respiratoria, che per via cutanea. gr.

PYLKOFF. — Trattamento del tracoma. — (*Giornale di medicina militare russo*, n. 9, 1898).

In seguito a numerose osservazioni di tracomatosi, trattati con tutti i processi oggi in voga, l'A. formula le seguenti conclusioni pratiche:

a) L'esclusivo trattamento farmaceutico dev'essere assolutamente abbandonato; tutto al più potrebbe servire nei casi molto lievi;

b) Se trattasi di una forma di tracoma d'una certa gravità, bisogna ricorrere al trattamento misto; cioè, massaggio (principalmente per pressione), scarificazioni, incisioni del tessuto ipertrofico; questi due ultimi trattamenti vanno adoperati quando il massaggio non ha dato alcun risultato definitivo;

c) Ricorrendo al massaggio, è bene non adoperare simultaneamente sostanze irritanti (so feto di rame, sublimato), determinandosi una recrudescenza del processo morboso, che per un certo tempo obbliga a desistere dal massaggio;

d) Per aumentare l'azione meccanica di quest'ultimo, riescono utili le polveri non irritanti per la congiuntiva, adoperate simultaneamente, massime l'iodoformio e l'iodolo. I risultati, che così si ottengono, sia per la rapidità, sia pel successo finale, sono superiori a quelli ottenuti con altri processi; ed al riguardo l'A. riporta 50 osservazioni di tracoma molto grave ed antico, nei quali si ebbero eccellenti risultati. Anzi le cicatrici, che non si possono affatto evitare nei casi cronici, sono più piccole e più eguali, che non con gli altri trattamenti;

e) I metodi puramente chirurgici sono da adoperarsi nei casi, in cui il massaggio non dà alcun risultato, od in quelli, in cui questo è di difficile applicazione (p. e sulla commessura delle palpebre);

1) Dopo che i follicoli sono distrutti, qualunque sia il processo adoperato, è indispensabile ricorrere ai mezzi farmaceutici fino a che non si abbia la *restitutio ad integrum* della mucosa; così si evitano le recidive.

Il massaggio con l'applicazione consecutiva dell'iodoformio è molto ben tollerato dal malato. L'A. inoltre pratica in via preliminare l'anestesia con la cocaina (soluzioni al 4 p. 100), facendone frizioni sulla congiuntiva per un minuto e più.

Le ulcere della cornea, i processi infiammatori della stessa non troppo acuti, non costituiscono una controindicazione al massaggio, anzi le ulcere guariscono assai più rapidamente.

eq.

ASCHMEIM. — **La transfissione dell'iride** — (*Arch. fur Augenh.*, t. XXXVI, 2 p. 1898).

L'A. riferisce i risultati ottenuti in 18 casi di transfissione dell'iride, operati dal prof. Fuchs, il quale per primo ha descritto questa operazione nel congresso di Heidelberg (1896).

La operazione ha per scopo di ristabilire la comunicazione tra la camera anteriore e quella posteriore nei casi di propulsione della periferia dell'iride consecutiva a occlusione della pupilla.

Consiste nel traversare orizzontalmente la cornea, ad una distanza di 1-2 millim. dai suoi margini temporale e nasale, mediante un coltello di Graefe non troppo stretto, ed il cui tagliante segua costantemente il piano frontale, passando così necessariamente attraverso l'iride sporgente allo innanzi.

Dei 18 casi 12 si riferiscono ad ammalati ricoverati nell'ospedale, e 6 ad ammalati operati nell'ambulatorio. In 5 dei primi 12 casi la occlusione della pupilla con sintomi glaucomatosi era conseguita alla estrazione semplice del cristallino.

I risultati dell'atto operativo furono sempre soddisfacenti appena dopo l'intervento chirurgico, e tali rimasero in appresso, eccezione fatta per 3 casi, nei quali l'iride-cicite persistente apportò consecutivamente la chiusura delle aperture praticate nel diaframma irideo ed il ristabilimento dello *statu quo*.

Del resto nulla si oppone, anche la transfissione dell'iride sia poi seguita dall'iridectomia ottica quando le circostanze

rendono necessaria questa seconda operazione (p. e. la occlusione della pupilla), la scomparsa dell'ipertonia ed il ristabilirsi d'una camera anteriore sufficientemente profonda in seguito alla trasmissione, facilita di molto l'esecuzione regolare d'una iridectomia, come qualcuno dei casi riferiti dall'A. chiaramente dimostra.

L'operazione di Fuchs è di facile attuazione ed anche per questa ragione merita di essere sperimentata nei casi indicati.

eq.

W. NAGEL — **Daltonismo e sua diagnosi.** — (*Sémaine médicale*, juin 1899).

L'A. in una sua recente pubblicazione sull'argomento raccomanda, oltre ai metodi di Holmgreen, di Stilling, di Pfleger e Daas, due suoi metodi personali, che è bene menzionare.

Il primo consiste nel far paragonare dal soggetto in esame due lastre di vetro, una colorata in rosso vivo e l'altra in giallo aranciato, illuminate da una sorgente luminosa comune, ed e due lastre si associa un vetro affumicato, onde possa attenuarsi lo splendore del colore. Variando per mezzo di diaframmi mobili l'intensità della luce, che ciascuna di queste lastre riceve, si ha che l'occhio nelle condizioni normali percepisce costantemente due colori differenti, qualunque siano le combinazioni, invece se l'individuo è affetto da daltonismo, si può trovare una combinazione tale, che non faccia più distinguere la differenza che passa tra i due colori. Per conoscere poi se dev'essere illuminata più la lastra di color rosso, che quella di color giallo aranciato, è una questione dipendente dalla varietà di acromatopsia, con la quale si ha a che fare. L'A. raccomanda il metodo in discorso per la esattezza e precisione della diagnosi e per la rapidità del risultato.

Per l'altro metodo occorrono delle tavole, sulle quali sono circolarmente disposti dei punti o delle macchie, variamente colorati. Tre cerchi sono fatti di punti, aventi tutti lo stesso colore (verde, grigio, porporati, più o meno oscuri. Gli altri nove cerchi risultano di punti, per i quali l'A. ha scelto delle combinazioni di colori pseudo-acromatici, cioè, tali, che il daltonico, invece di riconoscere la differenza, che realmente passa tra un colore e l'altro, vede un insieme di punti più o meno oscuri, ma tutti egualmente colorati. Quando si pratica l'esame, si fa indicare dal soggetto il numero dei punti rossi

o pure si fanno determinare i cerchi, composti di punti realmente isocromi.

Con queste due prove riesce facile, secondo l'A., di precisare rapidamente il grado della sensibilità cromatica del soggetto in esame. Sottoponendo questi alle due prove successivamente, si può scoprire l'acromatopsia mediante due processi, che sono basati su principi affatto differenti e che intanto si controllano.

cy.

PARISOTTI — Nuovo perimetro registratore — (*Revue d'Ophthalmologie*, n. 7, 1899).

Nelle ricerche perimetriche la maggiore o minore attenzione del soggetto in esame influisce molto sulla estensione del campo visivo. I comuni perimetri non sono del tutto adatti per gli esami assai delicati, giacchè presentano una serie d'inconvenienti capaci di distrarre l'osservando, massime poi se questi non sia assai intelligente e non abbia sufficiente volontà per dominarsi. Infatti in questi strumenti il movimento della palina o del cubetto lungo l'arco di cerchio non è silenzioso; dessa scorre non in modo continuo, ma a scatti; nei perimetri a grande arco (p. e. quello di Foerster e Landolt) il soggetto è distratto dal braccio dell'osservatore, dal colore dei vestiti e specialmente dal bianco del petto e dei polsini della camicia. Anche nei perimetri registratori (p. e. quello di Mac-Hardy, uno dei migliori) si ha l'inconveniente che passa un certo tempo tra la percezione dell'oggetto mobile sull'arco di cerchio e l'avviso, che ne dà l'osservato; in questo tempo l'oggetto continua a scorrere, sicchè l'indicazione è sempre al di là del punto giusto. Vi sono dei perimetri forniti di un meccanismo, che permette al soggetto in esame di registrare egli stesso il punto di percezione, ma sono di un prezzo molto elevato.

L'A. ha presentato un perimetro di sua invenzione, col quale verrebbero eliminati gli inconvenienti sopra esposti.

Egli fa muovere l'oggetto mobile non lung'esso un arco di cerchio, come nei comuni perimetri, ma su di un'asta, inclinata di 25° sul centro di rotazione dell'apparecchio, rappresentante la corda di quest'arco. Segue così la modificazione geniale introdotta da Pedrazzoli nel suo perimetro, avendo controllato che i risultati che si ottengono con quest'ultimo strumento non differiscono punto da quelli ottenuti

con gli altri perimetri, anzi la determinazione del campo visivo si fa in un modo molto più sbrigativo (1).

Il perimetro Parisotti (di cui è spiacevole non poter presentare le figure) poggia sopra una base di ferro fenestrato e così è più leggero. Ad una delle estremità di questa base v'è un sostegno, su cui si muove verticalmente l'appoggio per il mento dell'osservato; il sostegno porta inoltre una piccola asta ricurva terminantesi in una sfera, che è posta alla stessa altezza del punto da fissare, asta, la quale viene rimossa quando l'osservatore si è assicurato che l'occhio in esame è all'altezza prescritta. All'altra estremità della base v'ha una piccola colonna in bronzo, che sostiene un tamburo contenente l'apparecchio motore e registratore, ed al cui centro è fissata l'asta graduata ed inclinata a 25° , come nel perimetro Pedrazzoli. A metà altezza della colonna si trova il piccolo volante motore dell'apparecchio, attorno al quale gira una corda, a sua volta riunita all'apparecchio motore e registratore. Questo è fatto in modo da permettere coordinatamente il movimento del disco e quello di traslazione della pallina da una estremità all'altra dell'asta inclinata. Nell'interno della colonna v'è poi un congegno a molla, che per mezzo d'una leva spinge contro la punta destinata a registrare l'osservazione un tampone metallico coperto di cuoio, sul quale si fissa il diagramma per le annotazioni dei risultati ottenuti nella determinazione del campo visivo. La leva è forata di un tasto, che il soggetto stesso preme allorché percepisce l'oggetto mobile. Per tal modo l'istrumento funziona senza rumore e con precisione.

Perché poi il soggetto non sia distratto dai movimenti dello strumento e dai riflessi del medesimo, viene disposto, al davanti della colonna e dell'apparecchio motore o registratore, un piano verticale di legno o di cartone, di colore nero, composto di due metà, ciascuna delle quali ha sul lato di contatto una incavatura per adattarsi al cerchio, che porta l'asta inclinata. Un foro praticato nel piano permette all'osservatore di sorvegliare la direzione dell'occhio del soggetto, al quale è sottratta completamente la vista del primo sull'altezza stessa del piano verticale.

L'istrumento è stato costruito dal Sig. Gino Ceccarelli di Roma ed ha un prezzo moderato. cq.

(1) La descrizione sommaria del perimetro Pedrazzoli può trovarsi nel *Manuale pratico di medicina legale militare* del L. L. C. QUINIO (1914).

M. TRANTAS. — Casi di emeralopia essenziale guariti con l'ingestione di fegato di montone. — (*Recueil de Ophthalmologie*, n. 7, 1896)

Oggi che l'opoterapia tende ad assumere uno sviluppo sempre più considerevole in medicina, l'A. crede utile di riferire alcuni casi di emeralopia essenziale, guariti con l'ingestione di fegato di montone e la cui guarigione rapida non può essere riferita al semplice caso.

È risaputo in quale discredito sia caduto ai nostri giorni il trattamento ipocratico dell'emeralopia, trattamento che consisteva appunto nell'ingestione di fegato di bue in grande quantità; i trattatisti moderni o non se ne occupano affatto, o lo ricordano soltanto per criticarlo, siccome destituito di qualsiasi fondamento scientifico, ed appena qualcuno lo prescrive ancora (Tchepolyef, 1896). Una serie di 10 casi, di cui qualcuno di gravità eccezionale, trattati con l'amministrazione all'interno di 200 grammi al giorno di fegato di montone bollito o cotto, ha convinto l'A. che questo trattamento, lungi dall'essere ripudiato, merita di essere preso in considerazione dai pratici, perché di evidente efficacia, anche quando gli altri trattamenti adoperati sono rimasti senza alcuna azione. Egli descrive in proposito un caso di emeralopia, che datando da circa tre anni s'era complicato a cheratomalacia, e che guarì tanto dell'una, che dell'altra malattia mediante il trattamento già ricordato. Il malato era pure itterico con rilevante ipertrofia del fegato e della milza, il suo stato generale migliorò alquanto e l'emeralopia poté guarire indipendentemente dall'evoluzione dell'evoluzione della malattia epatica. Anche in un caso di cancro del fegato e di emeralopia, quest'ultima guarì in seguito al trattamento in discorso, senza che lo stato generale del soggetto avesse subito alcun miglioramento. La guarigione si ottenne pure in un altro caso di emeralopia di antica data in un alcolista, ricorrendo esclusivamente al fegato di montone amministrato per via interna nella quantità già indicata; e finalmente in altri casi di fanciulli di 8-12 anni, ricoverati nell'ortofantrotico greco di Costantinopoli e la cui emeralopia era complicata a xerosi congiuntivale.

L'A. invita i colleghi ad sperimentare l'opoterapia nella emeralopia essenziale e così risollevarla dall'oblio, in cui è caduta.

RIVISTA DI ANATOMIA E FISIOLOGIA NORMALE E PATOLOGICA

PIGNATTI e BACCABANI. — Ricerche sperimentali sulla tossicità della saliva mista di individui sani ed ammalati. — (*La Sett. med.*, 24 giugno 1899).

Gli autori hanno portato nuovi contributi sperimentali alla ricerca del potere tossico della saliva umana, riferendosi specialmente all'azione della ptialina e della mucina, massime di quest'ultima.

La saliva mista veniva ottenuta in questo modo: accuratissima disinfezione preventiva della cavità orale, iniezione sottocutanea di un grammo di una soluzione all'1 p. 100 in acqua istillata di cloridrato di pila carpina, raccolta della saliva in un recipiente di vetro graduato sterilizzato. Dalla massa totale di saliva si prelevavano poi 10 centimetri cubi per la ricerca dell'alcalinità, che si otteneva per mezzo di una soluzione all'1 p. 100 di acido solforico purissimo concentrato, che si lasciava colare a gocce da una buretta graduata usando tintura di tornasole come liquido indicatore, 5 centimetri cubi per la ricerca della ptialina che si dosava aggiungendo 10 centimetri cubi di cola d'amido al 5 p. 100 e 15 di acqua distillata e sterilizzata, mettendo il tutto in un piccolo recipiente, che tenevasi in termostato a 37° per quattro ore, e ricercando poi lo zucchero col reattivo di Fehling, per poi giudicare la quantità di ptialina dalla maggiore o minore quantità di soluzione impiegata. Altri 10 centimetri cubi servivano per la ricerca della mucina, la quale veniva praticata riscaldando a bagno maria i detti 10 centimetri cubi di saliva fino a ridurli a circa metà volume, aggiungendo poi acqua distillata fino a ritenere il primitivo volume e filtrando il tutto, trattando il filtrato con 50 centimetri cubi di alcool assoluto e agitando, lasciando poi a riposo per 24 ore e filtrando nuovamente, e notando la differenza in peso, la quale indicava la quantità di mucina contenuta nei 10 centimetri cubi.

Gli esperimenti furono praticati nei conigli mercè iniezioni endovenose nella vena auricolare osservando speciali norme nella velocità da imprimerli al liquido la quale fu usata costantemente nel rapporto di 1 centimetro cubo ogni 5'.

Le conclusioni più salienti di queste esperienze sono le seguenti:

1° la saliva umana mista è tossica per il coniglio, e lo è in media nel rapporto di centimetri cubi 20,738 per chilogramma di coniglio;

2° la tossicità non mostro di avere alcun rapporto collo stato di salute o d'infermità, ben inteso in rapporto alle malattie prese in esame (catarro gastrico cronico, cancro dello stomaco, clorosi, angiocolite catarrate, isterismo),

3° la morte dell'animale avviene con fenomeni a prevalenza convulsivi. te.

D'EVANT. — Sulla funzione del m. sternocleido mastoideo e sul movimento di rotazione e flessione del capo. — (Gli Incurabili, 1° e 15 maggio 1899).

L'autore comunica un'osservazione fatta su di un infermo, il quale avendo subita l'asportazione del m. sternocleido mastoideo destro per voluminoso linfo-sarcoma della regione laterale destra del collo, ha fornito un saggio sperimentale abbastanza raro circa alla funzione del muscolo in parola.

A guarigione completa, il paziente presentava integro il puro movimento di flessione ed estensione del capo; inoltre il capo poteva essere benissimo fissato nella posizione eretta e verticale e, malgrado fosse un po' difficile, resisteva anche agli sforzi fatti per spostarlo dalla posizione dell'*attenti*.

L'unico movimento che appariva un poco debilitato era quello di rotazione e flessione contemporanea con elevazione della faccia dal lato opposto.

Evidentemente, altri muscoli hanno un'azione vicaria, quali il *centre posteriore del digastrico* previa fissazione del *joude* per azione dei muscoli *sottojoides* e del digastrico e *mitojondeo* del lato opposto, lo *stilo-joulea* sebbene in grado incomparabilmente minore, il *muscolo grande retto posteriore del capo*, gli *obliqui posteriori inferiori*.

Il muscolo sternocleido mastoideo dunque:

1° Non esercita alcuna azione, neanche per partecipazione, sul movimento di pura flessione ed estensione de capo,

2° Ha comune con tutti i muscoli del collo la proprietà di concorrere a fissare la testa nella posizione eretta, ed anche in altre posizioni, ma ha in questo ufficio una parte importante non per la speciale sua direzione, ma esclusivamente per la sua ingente massa in proporzione a quella degli altri muscoli.

3° Può principalmente e specialmente eseguire la rotazione a flessione del capo intorno ad un asse obliquo, ma questa funzione deve solo fino ad un certo punto intendersi come funzione specifica. te.

RIVISTA DI MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE

CAIDERONE. — **Ricerche ematologiche nella sifilide costituzionale recente** — (*Bollet. delle scienze mediche*, Bologna, maggio 1899).

Le conclusioni di questo lavoro sperimentale sono le seguenti:

Nella sifilide costituzionale recente, con manifestazioni secondarie, diminuisce più o meno sensibilmente il numero dei corpuscoli rossi, scende dal 13 al 22 p. 100 il tasso emoglobinico, aumenta il numero assoluto o relativo dei leucociti, specialmente dei linfociti, e cresce in un primo tempo l'attività biologica dei corpuscoli bianchi polinucleati, per deprimersi in un secondo tempo.

L'alcalinità e la percentuale di acqua nel sangue rimangono normali.

La resistenza vitale dei corpuscoli rossi rimane normale o scema di poco.

Il sangue degli ammalati di sifilide costituzionale recente non è più tossico, o lo è solo di poco, del sangue normale.

Il mercurio, somministrato per via ipodermica, alla dose di 1 centigrammo per volta, e per un tempo limitato, in modo da non produrre fenomeni di intossicazione, spiega un'azione favorevole, per lo meno, sulla sostanza colorante del sangue dei sifilitici.

Il mercurio esercita altresì un'azione eccitante sui leucociti, i quali, mentre prima della cura presentano movimenti ameboidi non molto intensi, dopo poche iniezioni mercuriali, vanno man mano animandosi; questo aumento di attività va scomparendo quando l'accumulo del mercurio nell'organismo cominci a dare fenomeni più o meno sensibili d'intossicazione.

Rimane assodato che il mercurio in dosi terapeutiche, migliora le condizioni di vita dei corpuscoli rossi e bianchi. Come agisca però è sempre difficile il dire. Potrebbe darsi che agisse in due modi, o fissandosi in modo più o meno durevole sugli elementi cellulari di nuova formazione il cui protoplasma potrebbe modificarsi in modo da risultarne come conseguenza la cessazione della sua vita, o agendo su tutti gli altri organi e tessuti dell'organismo per formare un ambiente non più adatto allo sviluppo del virus sifilitico.

Nel primo caso la cura mercuriale avrebbe valore sintomatico, nel secondo valore preventivo.

te.

KLIPPEL ed AYNARD. — **La paralisi facciale zosteriana.** — (*Gazette des Hôpitaux*, n. 57, 1899).

I casi di *herpes zoster*, complicato a paralisi del facciale, riferiti dagli A. A. sono 17. In essi lo zoster o occupa la faccia, oppure la faccia ed altre regioni, o queste ultime soltanto. La paralisi per lo più è successa dopo la comparsa della eruzione; è unilaterale e dal lato corrispondente allo zoster, in un sol caso bilaterale. Sono colpiti per lo più i soli muscoli della faccia, raramente il velopendolo, così pure di rado si è riscontrata la deviazione della lingua, la diminuzione del gusto. Esiste la reazione degenerativa; di regola si ha la guarigione.

Delle varie teorie emesse, gli A. A. non credono poter accettare né la *teoria riflessa*, né quella della *propagazione ascendente intracerebrale* o da nervo a nervo, e neppure quella dello *edema*. Infatti non si può ammettere la prima, verificandosi alle volte la paralisi del facciale anche quando lo zoster non risiede alla faccia; non la seconda, perchè la comparsa della paralisi è rapida e qualche volta bilaterale; non l'ultima, potendo esser colpite anche le branche profonde del facciale e non essendo il grado della paralisi in

rapporto con l'infiltrazione dei tessuti. Secondo essi, la paralisi zosteriana deve considerarsi, non come una semplice complicazione dello zoster, ma sì bene come una localizzazione dell'infezione zosteriana medesima, sicché va giudicata a la stessa stregua delle vescicole aberranti, delle nevralgie, delle anestesi a distanza, fatti, che talvolta si riscontrano appunto nello zoster e che sono ritenuti dipendenti dall'azione dell'infezione in regioni più o meno lontane dal focolaio principale.

La paralisi facciale zosteriana ha grande analogia con le paralisi oculari complicanti lo zoster oftalmico. Anche il decorso ed i sintomi della paralisi facciale così detta a *frigore* sono analoghi a quelli della malattia in discorso, per modo da potersi ritenere, secondo gli A. A., che si tratti della stessa infermità. eq.

MICHAŁOW. - Operazioni sui sifilitici (*Med. Record*, agosto 1899)

Nel corso di tre anni l'autore ha praticato più di 2000 operazioni su sifilitici, specialmente su donne, ed i risultati da lui ottenuti hanno confermato l'opinione già esistente in proposito, che cioè la diatesi sifilitica esercita un'influenza sfavorevole sull'esito delle operazioni. Essa produce alterazioni del sistema vascolare, del sangue e della pelle, e sono queste alterazioni che influiscono in modo speciale sui risultati degli atti operativi. Tale diatesi non si fa risentire ugualmente nei vari organi e tessuti, ed è più marcata nel periodo delle gomme. E quindi particolarmente in tale stato che, operando sopra sifilitici, avvengono con facilità emorragie dei tessuti, tanto che perfino l'estrazione dei denti può portare inquietanti emorragie.

Le guarigioni per prima, anche con l'asepsi più scrupolosa, sono assai rare ed anche quelle per granulazioni, sono generalmente molto lente; le ferite trasudano una secrezione profusa e viscosa e i loro margini si atrofizzano. In taluni casi invece i bordi s'infiltrano di pigmento e fanno rilievo sulla superficie della pelle. Le fasciature elastiche o troppo strette e l'uso dell'acido fenico possono portare alla necrosi nella regione della ferita, mentre esercitano una favorevole influenza le applicazioni locali caldo-umide. Le operazioni plastiche sono spesso senza risultato nei sifilitici.

La diatesi sifilitica esercita un'influenza molto più mite in coloro che hanno una forma leggiera della malattia, o che l'hanno sofferta da molti anni, o che sono stati sottoposti ad un energico trattamento specifico. Consiglia quindi di assoggettare tutti i sifilitici ad una ben diretta cura antisifilitica prima di sottoporli ad una operazione. *c. f.*

RIVISTA DI TERAPEUTICA

A. MACGREGOR — **La paraldeide nell'asma.** — (*The Lancet*, aprile 1899).

Il fatto che la paraldeide è un sedativo, largamente eliminato per mezzo della respirazione, indusse per primo il Mackie, ad sperimentarne l'effetto nell'asma idiopatico. Egli lo amministrò in buon numero di casi con risultati uniformemente favorevoli e, trovò ch'essa sollevava con rapidità lo spasmo bronchiale e induceva il sonno.

Da qualche tempo l'autore, incoraggiato da questi risultati, ha voluto anch'ei farne l'esperimento non solo in molti casi di asma idiopatico, ma anche in altre forme di dispnea spasmodica, e le sue esperienze hanno confermato quelle del dottor Mackie: nessun rimedio gli ha mai dato risultati più favorevoli.

Nel trattamento degli asmatici fuori dello spedale, l'uso ipodermico della morfina è, secondo lui, da mettersi fuori questione, ed anche quello del cloralo non è spesso consigliabile. La paraldeide invece è assolutamente innocua e non solo diminuisce rapidamente lo spasmo bronchiale, ma provoca un sonno tranquillo, riparatore e senza cattive conseguenze. Usata anche a lungo non produce accumulo nell'organismo, nè induce abitudini morbose, ed anche per ciò è preferibile alla morfina ed al cloralo. È opinione del Gordon, i cui studi sulla paraldeide sono conoscitissimi, che la stessa dose usata anche per dei mesi riesce ugualmente ipnotica: benefico inestimabile questo, sapendosi come degli altri rimedi bisogna coll'andar del tempo crescerne la dose, il che non è sempre del tutto indifferente.

Per quanto il Gordon non citi l'asma fra le malattie nelle quali l'ha sperimentata, pure dice che, essendo una gran quantità del rimedio eliminata per i polmoni, deve necessariamente esercitare la sua influenza narcotica sulle terminazioni dei nervi sensorii dei tessuti polmonari. Si può da questo facilmente arguire come fin dagli studi di questo illustre uomo apparisce chiara la indicazione della paraldeide nell'asma ed è strano che finora essa non sia entrata nell'uso generale.

L'autore crede quindi doveroso riportare alcuni casi, nei quali il successo è stato rapido, pieno ed indiscutibile. Il solo fatto di ottenere il sonno è della massima importanza per il paziente asinatico; le forze si rialzano, e ciò che è stato perduto durante la veglia può essere più o meno riguadagnato. Il poter con essa prevenire il periodo dello spasmo e il più grande dei benefici, ogni attacco aumenta e prolunga la bronchite concomitante. L'ioduro di potassio e la tintura di lobelia, generalmente usati per calmare la bronchite e diminuire lo spasmo, sono certamente giovevoli, ma il loro effetto è immensamente aumentato dall'assicurare il sonno e prevenire gli attacchi notturni per mezzo della paraldeide. Solo nei casi complicati da bronchiti molto croniche o da enfisema bisogna essere guardinghi nell'amministrazione del rimedio.

La dose ordinaria da somministrarsi è di 2-3 grammi e può essere continuata per lungo tempo senza inconvenienti. L'azione è sicura, e generalmente così rapida che il medico avrà sempre la prudenza di ordinare all'infermo di prenderla quando si è già coricato. Il sapore della paraldeide è, per alcuni, disgustosissimo ed è necessario mascherarlo con qualche sostanza aromatica, come tintura di vaniglia, essenza di menta ecc. Agisce bene anche se apprestata pel retto e la sua eliminazione avviene ugualmente per la superficie polmonare. Non sono da consigliarsi le iniezioni ipodermiche, le quali, pure essendo di effetto sicuro, producono molto dolore e lasciano un indurimento che dura poi molti giorni.

c f

FITZGERALD. — Trattamenti della febbre malarica colle unzioni di creosoto — *Cemaine Med*, luglio 1899

Fino dal 1876 il Rogers aveva preconizzato di sostituire al clunio le applicazioni epidermiche del creosoto nella cura delle febbri malariche. L'autore, medico nell'armata inglese,

ha voluto ritentare gli esperimenti del Rogers ed ha potuto convincersi che realmente sotto l'influenza di questo rimedio tutti i sintomi si dissipano con rapidità anche nelle febbri più inveterate e, ciò che è più importante e più strano, anche in quelle che il chinino, amministrato sotto tutte le forme, non era riuscito a combattere.

La dose di creosoto che egli reputa necessaria per aver ragione della febbre è naturalmente varia a seconda dell'età, e cioè 1 grammo per i bambini di un anno circa, e da 2 grammi a 4 per gli adulti. Si mescola il medicamento ad una uguale quantità di olio, e con la miscela si fanno delle frazioni della durata di 5 a 10 minuti sul petto, sull'addome, sotto le ascelle e sui fianchi, ripetendole per 3 volte nella giornata.

Se i risultati che il dottor Fitzgerald ha ottenuto saranno confermati, come deve ritenersi, anche da altri sperimentatori, questo processo costituirà certo uno degli acquisti più importanti e più utili della terapia. Il chinino, il rimedio sovrano contro la malaria, non sarà certo detronizzato completamente, avendo esso al suo attivo una storia troppo brillante, una lunga serie di successi non mai smentiti, ma sarebbe certo una grandissima risorsa per il pratico un rimedio che, come l'olio creosotato, potesse applicarsi con tanta facilità e che eliminasse tutti gli inconvenienti dati dal chinino in taluni soggetti.

C. J.

Prof. BUFALINI - La peronina: nuovo anestetico locale.

— (*La Settim. Med.*, 8 luglio 1899)

La peronina trovasi in commercio allo stato di cloridrato, sotto forma di polvere bianca, solubile nell'acqua calda al 2 p. 100, debolmente solubile nell'acqua fredda, insolubile nell'alcool assoluto, nell'etere e nel cloroformio, ed è l'etere benzolico della morfina.

Oltre ad essere un buon succedaneo della morfina, ha virtù anestetiche locali. Instillate nel sacco congiuntivale di alcuni conigli 2-3 gocce di una soluzione tiepida all'1-2 p. 100 di peronina di Merck, si osserva quasi immediatamente anestesia completa e profonda della cornea, in guisa da poterla irritare in ogni senso e perfino perforarla senza reazione alcuna per parte dell'animale. Tale anestesia è di lunga durata;

si produce per molte ore, e spesso anche si ha leggera anestesia il giorno susseguente all'esperienza. Durante l'esperimento non si ha alcun fenomeno di iperemia congiuntivale, nè alcuna modificazione pupillare.

L'azione anesthetica della peronina è da riferirsi alla sua composizione chimica, essendo essa analoga a tutte le altre sostanze che contengono dei gruppi benzenici e particolarmente un radicale benzico (cocaina, tropacocaina, ortofornio, eucaina ecc.).

re.

GEHRIG. — Trattamento della iperidrosi dei piedi colla formalina. — (Correspondenz Blatt, giugno 1899)

Già fin dai primi dell'anno decorso furono fatti esperimenti sul valore della formalina per combattere il sudore macerante dei piedi.

L'autore, ritenendo l'argomento della massima importanza, specialmente pel medico militare, ha voluto ripetere le prove, adoperando il rimedio nei soldati, e da oggi un resoconto sommario dei risultati ottenuti, riconoscendo in massima il valore di questo agente terapeutico e confermandone fino ad un certo punto i successi.

Trovasi concorde colla maggior parte degli osservatori nell'affermare che la formalina non porta ad una guarigione completa di questo disturbo, ma solo ad una scomarsa temporanea parziale o totale.

Generalmente, dopo una pennellatura con questa sostanza l'epidermide si inspessisce e cessa la secrezione sudorale, ma dopo un periodo che varia dai 10 ai 20 giorni si elimina lo strato protettore formaloso, e generalmente il sudore ricomincia colla stessa violenza di prima.

Tra i vari casi l'autore ne riferisce uno molto intenso, nel quale, dopo una cura proseguita per 5 mesi con pennellature fatte alla distanza di 4 o 5 giorni, non ottenne una guarigione definitiva.

Asserisce il Gordeck che egli ha ottenuto un beneficio della durata media di due mesi, ma basta solo il ricordare che egli ha fatto i suoi esperimenti nell'inverno per rendersi conto di questa contraddizione.

In ogni modo, pure ammettendo una certa variabilità nella durata della scomparsa dell'iperidrosi, è certo che un qualche

reale beneficio si ottiene, e, se vengono riferiti dei casi completamente refrattarii a questa cura, è opinione dell'autore che l'insuccesso sia dovuto ad una insufficiente concentrazione del rimedio o alla poca frequenza delle pennellature.

Tutti hanno osservato che anche colla epidermide intatta le pennellature riescono qualche volta dolorose, ed egli stesso dice che vi furono qua e là dei soldati, i quali rifiutarono di sottoporsi una seconda volta al trattamento. E giacchè si possono avere talvolta dei risultati favorevoli con una soluzione del 10 p. 100, è consigliabile di cominciare sempre con questa, salvo ad usarne delle più forti nei casi più gravi e negli individui poco sensibili. Le soluzioni dovranno essere ancora più deboli del 10 p. 100 quando si tratti di applicarle su parti già ferite, anzi vi sono taluni che in simili casi ne sconsigliano l'uso in modo completo, mentre vi sono altri che fanno appunto consistere la superiorità della formalina sull'acido cromico nella possibilità di usarla sui piedi escoriati dei soldati che devono proseguire le marce.

Un altro rimprovero che viene mosso alla formalina è quello di produrre delle ragadi nelle ripiegature delle dita, e specialmente del dito piccolo, ma anche questo inconveniente può facilmente evitarsi con un po' di cura e facendo uso in principio di soluzioni deboli.

Il merito incontrastato di questo agente terapeutico è il suo potere deodorante, e non è davvero piccola cosa.

Come effetti accessori e come conseguenza della soppressa secrezione sudorale dei piedi furono osservati: irritazioni delle congiuntive, aumento di secrezione alla palma delle mani, qualche volta tanto abbondante da far rimpangiare la scomparsa del sudore dei piedi, e in alcuni casi fu visto anche aumentare un catarro bronchiale preesistente.

In conclusione crede l'autore:

1° che la formalina possa guarire temporaneamente la iperidrosi dei piedi, e quindi possa, sistematicamente impiegata, aumentare a resistenza di una truppa in marcia.

2° che siano raccomandabili le soluzioni deboli circa al 10 p. 100;

3° che non ne sia molto raccomandabile l'uso nei piedi già feriti;

4° che in conseguenza debba considerarsi come un rimedio preventivo e debba quindi divulgarsene l'uso in questo senso.

c. f.

MACGREGOR — **Il chinosofo nella tubercolosi.** — (*The Lancet*, luglio 1889).

Non v'ha dubbio che occorrono dei seri motivi perchè uno non esiti ad aggiungere qualche cosa alla lunga lista di rimedi impiegati fino ad oggi nel trattamento della tubercolosi; ma mentre siamo tutti nell'aspettativa di una tubercolina che realizzi le speranze di una guarigione sicura e completa, pare all'autore giustificato lo spendere qualche parola in favore di un medicamento che può aiutare il paziente a lottare con maggiore o minor successo contro questa malattia.

È a tutti noto che oltre il bacillo specifico della tubercolosi, altri microrganismi hanno una parte importante nel processo morbigeno distruttivo che ha luogo nella consumazione dei polmoni, ed è contro questi altri microrganismi che, secondo l'autore, esercitano la loro azione antisettica o germicida tutti i rimedi finora proposti. Posto infatti, come la bacteriologia ha dimostrato, che nella grande maggioranza dei casi di tubercolosi abbiamo da fare con una sepsi polmonare a base tubercolare, è agevole comprendere come l'uso di rimedi, quali il creosoto, il guaiacono ecc. possano esser seguiti da buoni risultati. Egli pensa essere indiscutibile che tali medicamenti non hanno azione sui bacilli tubercolari, e che portano un miglioramento nelle condizioni generali del paziente, e pel solo fatto di combattere le associazioni microbiche. Diminuita in tal modo l'infezione locale ed aumentato il potere di resistenza del soggetto, è più facile la lotta contro la malattia fondamentale, e, dato un ambiente eminentemente igienico ed altre circostanze favorevoli, il processo polmonare può essere avviato alla guarigione.

Il dottor Cipriani riferisce otto casi di malattia tubercolare, tre dei quali di tubercolosi polmonare, trattati con chinosofo. Egli dava un grammo del rimedio ogni 24 ore e dice di aver veduto sempre seguire un miglioramento. L'autore lo ha sperimentato in più di 100 casi ed ha sempre constatato risultati più soddisfacenti di quelli ottenuti col creosoto e col guaiacono.

Il chinosofo è un potente germicida ma non è, come tale, usato nella pratica ordinaria di antiseptici. Preso per uso interno e ben tollerato in dosi di 25 centigrammi tre volte al giorno dopo mangiato. In due soli casi provocò la diarrea

e dovette quindi essere sospeso. In altro caso, nel quale esistevano ulcerazioni tubercolari della laringe, provocava una sensazione dolorosa di bruciore in quest'organo e non fu possibile contenerne l'uso neanche amminstrandolo molto diluito. In tutti gli altri ebbe un notevole miglioramento nelle condizioni generali del paziente, ch'egli ritiene esclusivamente dipendente dall'azione del chinosofo sui microrganismi associati e sui loro prodotti tossici. Anche le condizioni locali del polmone risentirono dalla cura una influenza favorevole, e in qualche caso parve che ne venisse la guarigione completa.

Di alcuni di tali casi dà una descrizione e conclude col ritenere che il chinosofo debba esser preso in seria considerazione dai pratici, i quali avranno in questo farmaco un aiuto meno incerto di quello che può venir loro da tutti gli altri rimedi finora proposti ed adoperati contro questo flagello dell'umanità.

c. f.

W. SCHIELE. — L'ittiolio nella tubercolosi polmonare. —
(*Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 22, 1899).

L'A. da l'ittiolio in quei casi in cui l'uso del creosoto è controindicato per qualche ragione speciale. L'azione dell'ittiolio deve attribuirsi alle sue proprietà, che s'oppongono alla distruzione dell'albumina, e forse anche alle sue proprietà antisetliche e riduttive dopo il suo uso, si verifica un aumento dell'appetito, e spesso un sorprendente aumento delle forze associate ad un miglioramento dello stato generale. L'A. lascia in dubbio se la favorevole influenza sul processo morboso polmonare sia una conseguenza diretta dell'uso dell'ittiolio, o se sia soltanto una conseguenza della rinnovellata vigoria dell'organismo. Si somministra il solfoittiolato d'ammonio o a parti eguali con acqua distillata o anche unito ad un espettorante (per esempio, in liquore anisato d'ammonio), o finalmente con l'aggiunta di morfina. Si avrà naturalmente la massima cura nell'ordinare un adatto regime igienico-dietetico.

E. T.

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE

L. v. LESSER. — Sull'antisepsi in guerra. — (*Centralblatt für Chir.*, n. 23, 1899).

Nel trattare comparativamente del valore dei diversi antisettici v. Lesser sostiene non meritare fiducia il materiale al sublimato cui si prepara per uso della chirurgia di guerra, e ciò per la facile decomponibilità del sublimato. Egli ritiene che la medicazione antisettica sotto forma di polvere e di tampone sia uno di quei metodi che oggigiorno corrispondono alle esigenze di una razionale cura delle ferite in guerra e generalmente nel primo soccorso ai feriti.

Per i lavacri e disinfezioni delle ferite, Lesser preferisce il sublimato solo, in forma di pastiglie, anche per uso di guerra.

E fra le sostanze antisettiche che possono sostituirsi all'iodoformio Lesser avrebbe trovato soltanto l'airolo come realmente opportuno, specialmente da usarsi come strato polveroso sopra le ferite cui sia stata applicata la sutura primaria.

A tale scopo egli applica l'airolo in polvere per mezzo dello insufflatore di Kabierske. Del resto non lo ha adoperato sotto altra forma.

Una particolare proprietà vantaggiosa dell'airolo pare sia quella di non avere la benché menoma azione tossica.

C. P.

O. IROX. — Alcune ferite di soldati spagnuoli. — (*Centralblatt für Chir.*, n. 28, 1899).

Nell'ospedale Maria in Norfolk, Elton cura alcuni soldati spagnuoli feriti, i quali vi furono condotti colla nave-ambulanza *Solter* dopo la battaglia del 3 luglio, che finì colla distruzione della flotta dell'ammiraglio Cervera. La mancanza del primo soccorso sulle navi da guerra spagnuole, il fatto

che molti feriti erano rimasti per ore ed ore nell'acqua con ferite lacerate e colle carni dilaniate dalle scheggie di bombe furono la causa prima di moltissimi casi di generale infezione. In carente contrasto con queste lesioni erano le ferite nette di proiettile Mauser, presentate dai soldati della fanteria americana, e vi contrastava pure la loro sollecita guarigione. I feriti spagnuoli, i quali per la maggior parte non possedevano che la sola veste la notte chiamata *Pañamas* e che era loro distribuita a bordo della *Solace* ammalarono anche di febbre malarica. Essi erano quasi tutti giovani tra 22 o 23 anni.

Tra i casi più importanti offerti dalla statistica son da menzionarsi una frattura scheggiata e complicata della porzione superiore dello sterno. A questa frattura seguì una grave dispnea spasmodica ed un torcicollo destinato in seguito a dislocazione dell'articolazione sterno-clavicolare. In seguito però la ferita migliorò e si ebbe la guarigione.

Un proiettile d'artiglieria esplose così vicino ad un fuocista della *Thuret*, che e di due capi ai piedi presentava ovunque segni di azione diretta della polvere, mentre che come proprie lesioni di contuso egli non presentò che una piccola lacerazione al sacro ed una ferita penetrante all'articolazione del ginocchio.

La morte avvenne per pneumonia, per essersi tentato il trattamento conservativo della ferita già infetta. Un caso di frattura complicata e suppurata dell'omero e dell'una all'articolazione del gomito e accompagnata da altre lesioni, in causa delle pessime condizioni generali del paziente, non permise altra cura che la conservativa, e decorse a guarigione.

I noti effetti di colpi vicini dei moderni proiettili a piccolo calibro ed a massima radenza si sono potuti osservare sopra quattro prigionieri spagnuoli, i quali, da una sommossa avvenuta a bordo della nave *Harbour*, furono uccisi dalle sentinelle, che spararono quasi a bruciapelo.

Un fuocista ricevè un colpo d'arma da fuoco in vicinanza del grande trocantere, risultando per questa ferita violenti dolori alla punta del piede corrispondente. Se come neanche l'esame della regione fatta colla radiografia Roentgen non diede a scorgere cosa alcuna che si potesse supporre la causa di quei dolori, fu ammesso che il trauma avesse interessato in qualche modo il nervo grande ischiatico.

Si videro in quei feriti spagnuoli in seguito molto i favorvoli effetti del buon trattamento e della nutrizione, la

quale dapprima era assai scarsa, e molti di essi, non ostante che avessero perduto un arto, lasciarono l'ospedale in condizioni di salute molto migliori che quando uscirono da Santiago.

C. P.

MULLER, maggiore medico. — L'influenza esercitata sull'orecchio dalle forti detonazioni d'artiglieria. —
(*Deutsch. militärärzt. Zeit.*, n. 7, 1899).

Durante un corso d'esercitazioni di tiro eseguito in Jüterbog da la scuola d'artiglieria a piedi, Muller esaminò per due giorni gli uomini addetti al servizio delle bocche a fuoco prima e dopo gli spari. Nel primo giorno esaminò 21 uomini, dopo fatti 90 colpi con cannoni di bronzo di 9 centimetri con carica di chilogr. 1,6 di polvere senza fumo in foglietti; al secondo giorno 30 uomini dopo 70 colpi con cannoni da 12 centimetri (carica di 4 chilogrammi) e 50 colpi con proiettili di acciaio nichelato lunghi 15 centimetri (carica di 4 chilogrammi). tutti gli individui, secondo la prescrizione in vigore, portavano ovatta nelle orecchie durante gli spari.

Dei 102 orecchie visitate, in sei casi l'esame della membrana del timpano fu impedito dalla presenza di cerume, degli altri 96 si riscontrarono normali soltanto 34, 62 mostrarono corrugamento e intorbidamento della membrana, cisti e iniezioni dei singoli suoi vasi. Dopo eseguiti gli spari, non si ebbe a riscontrare alcun che di diverso dal reperto precedente in 52 casi tra tutti quelli cioè che, meno tre eccezioni, presentavano al primo esame l'orecchio in condizioni normali. Negli altri 44 casi eravi aumentata vascolarizzazione, alcuni vasi congestionati in maggiore o minor grado, e in sette di questi si trovò anche emorragia interstizia e della membrana. Presentavano poi una iperemia accentuata in modo speciale quelle orecchie che prima degli spari avevano mostrato corrugamento della membrana ed iniezione dei vasi. Non si è potuto constatare una diminuzione quantitativa dell'udito. Tanto il diapason basso che quello alto erano uditi da tutti prima e dopo sparati i colpi. Invece si constatò un abbassamento quantitativo dell'udito in un certo numero di casi.

La durata della percezione del diapason C a partire dal vertice si trovò dopo gli spari abbreviata in 40 uomini, 26 orecchie mostrarono una diminuzione del campo uditivo per il

parlare sottovoce, e ciò precisamente si verificò senza eccezione in quei soldati nei quali all'esame prima degli spari la membrana del timpano non si presentava in condizioni affatto normali. Mancarono assolutamente disturbi subiettivi.

L'autore non poté verificare quanto tempo abbiano perduto le suddescritte alterazioni, tuttavia egli può asserire, a base delle sue osservazioni, che gli uomini andati al servizio delle bocche a fuoco, per l'ordinaria ferma di soli due anni, ben di rado risentono danni all'udito per effetto della detonazione del cannone. All'incontro le alterazioni si riscontrarono più spesso negli ufficiali e nei sottufficiali, che regolarmente devono assistere per parecchi anni alle esercitazioni di tiro e tali alterazioni sono funzionali ed anatomiche, le prime sotto forma di durezza d'udito e rumori subiettivi, le seconde in forma di corrugamento ed indolore lamenti della membrana del timpano.

Dal punto di vista medico-militare, si dovrebbe dedurre dal fin qui detto che gli uomini i quali all'esame dell'orecchio non diedero a vedere che leggere deviazioni della normale, possono senza pericolo essere accettati nell'artiglieria a piedi per il servizio di due anni. All'incontro sarebbe raccomandabile che gli individui destinati a percorrere una ferma più lunga, come gli allievi ufficiali e sottufficiali, venissero rifiutati dal corpo suddetto qualora presentassero le alterazioni di cui si è fatto parola.

C. P.

RIVISTA D'IGIENE

GUTIERREZ. — Nuove contributo intorno all'efficacia del siero Solavo contro la pustola del carbonchio ematico. — (Gazz. Med. di Torino, 29 giugno 1896)

L'A. espone la storia clinica di 5 casi di infezione carbonchiosa, nei quali fu usato il siero Solavo con esito di guarigione. I fatti più salienti osservati in seguito all'uso delle

iniezioni curative furono: il rapido ripristinarsi delle normali condizioni generali, il pronto dileguarsi dell'edema, lo sperato rialzo di temperatura consecutivo alle iniezioni di siero praticate durante la fase in cui ferve la lotta fra i germi dell'infezione e l'organismo umano, e la inalterabilità dello stato termico nei casi in cui si inietta il siero essendo già spenta l'infezione.

Un fatto degno di nota è che nei casi nei quali la pustola fu precedentemente trattata col bisturi e coi caustici si ebbe tenace persistenza dell'edema nei tessuti circostanti. Si osserva inoltre che negli individui trattati localmente con mezzi chirurgici, si conservarono, dopo guarigione, le tracce evidenti dell'infezione subita, mentre nei casi non pregiudicati da codesti interventi cruenti, non residuo che un insignificante, e talora, traccia della precedente lesione cutanea.

te.

VIRY — La profilassi dell'alcoolismo nell'esercito. — *Archives de Médecine et pharmacie militaire*, luglio 1899.

Non tratta l'autore in questo suo lavoro delle conseguenze funeste dell'alcoolismo acuto, che rientra nel dominio delle pene disciplinari e delle leggi comuni, ma di quell'alcoolismo cronico, che è profondamente infiltrato nell'esercito francese, come del resto nella Francia tutta, la quale gode in questo momento un triste primato fra le nazioni civili, per ciò che riguarda l'incremento di questa vergognosa piaga sociale. Egli intende avvisare ai mezzi per combattere questo flagello, che ogni anno miete parecchie vittime tra mezzo ai soldati.

Comincia dal passare in rassegna le varie società di temperanza e di astinenza formatesi in Svizzera, in Inghilterra e in Germania, non che i tentativi fatti in Francia, finora isolati, e con esiti incerti, ma egli non crede possibile e non ritiene desiderabile che l'uso dell'alcool in dosi moderate venga completamente abolito.

Anzi non è contrario all'idea che si debba distribuire giornalmente un po' di vino, o di altro liquido fermentato, ai soldati che vengono sotto le armi, giacchè la soppressione di queste bevande in coloro che ne avevano precedentemente l'abitudine, quando coincide colle prime fatiche del servizio

milare, mette le reclute in uno stato di evidente inferiorità, riconosce inoltre che in qualche circostanza speciale una distribuzione straordinaria di vino, o d'acquavite, può giovare a rialzare il morale di una truppa sminuita dalle fatiche e dalle privazioni.

Del soldato egli vorrebbe dunque farne un temperante, non un astensionista. Gli inglesi sono fra i più caldi patrocinatori dell'astinenza totale. Basandosi sopra statistiche fatte nelle Indie, il generale Collette afferma che in un'armata d'astensionisti le mancanze sarebbero ridotte al terzo e le malattie al decimo. L'autore ritiene queste cifre esagerate, o per lo meno dovute a circostanze speciali, date dai climi caldi, e forse dalle quantità enormi di alcool assorbiti dai non astensionisti.

Venendo ai mezzi pratici per controllare i danni dell'alcolismo, egli raccomanda in primo luogo la sorveglianza minuta e intelligente della cantina. Non è facile, come parrebbe a prima vista, conoscere il consumo esatto dell'alcool, giacché i cantinieri hanno sempre tutto l'interesse a metter in mezzo i superiori e tener di mano ai soldati, celando questo loro vizio. La vigilanza dovrebbe inoltre estendersi più ancora alla qualità che alla quantità dell'alcool, giacché è notissimo come la maggior parte delle volte l'acquavite sia fatta con sostanze nocive. Ma da qualche tempo a questa parte l'acquavite propriamente detta ha ceduto il posto a una quantità di altri liquori, che variano l'uno dall'altro pel colore, pel gusto, per l'odore, ma che hanno poi tutti lo stesso substrato e che tutti possono riuscire ugualmente dannosi. Ed è appunto la troppa varietà che rende difficilissima la sorveglianza.

Potrebbe sembrare pratica la misura di autorizzare nelle cantine solo la vendita delle bevande fermentate, e proibire quella dei liquori spiritosi. Ma il soldato non è sempre rinchiuso nella caserma e può bere nelle ore dell'uscita a tutti gli spacci che incontra, e fra la cantina, anche imperfettamente sorvegliata, e il mercante qualsiasi di vini e di liquori l'autore non esita per dichiararsi favorevole alla cantina.

L'esperienza ha dimostrato che quando si è fatto il tentativo, in nome della moralità, di sopprimere le case di tolleranza ci si è trovati di fronte ad una prostituzione più estesa e più dannosa, perché non disciplinata; lo stesso succederebbe per l'alcool. Una misura precauzionale molto giovevole è quella di proibire formalmente il commercio dei venditori girovaghi, che sogliono seguire i reggimenti in marcia,

e di proibire severamente qualsiasi acquisto non fatto dal cantiniere.

L'alcool riesce particolarmente dannoso a digiuno e nelle ore mattutine e in questo senso non dovrebbe esser difficile pretendere dei provvedimenti acciòchè la vendita presso il cantiniere sia limitata ad alcune ore della giornata.

Una trasformazione della cantina sarebbe desiderabile; ma pur troppo difficoltà di spazio, di tempo, di denaro rendono questa trasformazione lenta e difficile a compiersi. E certo però che quando questa cantina non fosse più un luogo esclusivamente dedicato al bere, dove soltanto il consumatore ha diritto di passarvi qualche ora, ma si riducesse invece ad una sala di convegno dove tutti avessero libero accesso, dove si trovassero dei libri, l'occorrenza per scrivere e dei giochi per passare piacevolmente il tempo, si sarebbe fatto un gran passo nella lotta contro l'alcoolismo.

L'esempio ci viene dato dall'Inghilterra e dall'Olanda, dove questa specie di club è in vigore. Tra i vari mezzi per combattere l'alcoolismo nella truppa, è stato proposto quello di affiggere i nomi degli ubbriacchi alle porte delle cantine, ma l'autore non l'approva, temendo che un simile smacco pubblico possa indurre uno stato di scoraggiamento, di demoralizzazione che faccia perseverare e incallire nel vizio anziché indurre un miglioramento, così pure non approva l'idea delle multe. La sua fede principale sta sull'educazione morale del soldato, che deve essere condotto un po' per volta, ed apprezzare da se stesso i benefici della temperanza ed a temere le funeste conseguenze dell'alcoolismo.

Fortunatamente sono cessati i tempi in cui si riteneva come una prodezza il bere smodato, in cui il rientrare ubbriachi in quartiere era considerato come una patente di buon soldato, ma molto resta ancora da fare per combattere specialmente l'alcoolismo cronico, che è quello dominante.

Molto si può ottenere colla parola, colle letture, coll'esempio. E qui non si saprebbe stigmatizzare abbastanza quell'uso non ancora del tutto sradicato del *cicchetto* preso la mattina a digiuno prima di partire per la manovra, specialmente ai campi, nel che gli ufficiali offrono bene spesso l'esempio ai sottufficiali, e questi alla loro volta non si peritano di unirsi in queste libazioni mattutine ai loro dipendenti, facendone magari pagare lo scotto ai più mesperi, con grave danno della disciplina e della salute.

Ma sotto questo aspetto l'autore riconosce un sensibile miglioramento, e confida che al progresso degli ufficiali e sottufficiali che ogni giorno più vanno persuadendosi della loro missione educatrice, risponderà in modo soddisfacente il contegno della truppa. Riassumendo egli espone in tal modo le sue conclusioni:

1° Insegnare ai soldati per mezzo di frequenti conversazioni familiari, di conferenze, di libri, di immagini, di iscrizioni, i pericoli dell'alcool e delle misture di alcool con altre sostanze tossiche; dar loro l'esempio della temperanza

2° Migliorare progressivamente l'impianto delle cantine in modo da trasformarle in locali, ove il soldato possa divertirsi e riposarsi senza essere obbligato a bere.

3° Interdire il più possibile l'acquisto di alcool fuori dalla cantina

4° Proibire la vendita nelle cantine di qualunque liquore alcoolico fermentato e distillato, prima del rancio della mattina, favorire al contrario, la mattina specialmente, la vendita di bevande stimolanti o nutritive, come caffè, thè, cioccolato, latte ecc.

5° Autorizzare la vendita dei liquori alcoolici nelle cantine solo al momento dei pasti e durante le poche ore che li seguono

6° Limitare il numero delle specie di liquori e acquavite smerciati nella cantina, in modo da render più efficace la sorveglianza sulla qualità.

7° Proibire nelle cantine la vendita dell'alcool non sufficientemente puro, procedere all'esame per mezzo di specialisti esperti, e prendere poi le precauzioni necessarie per evitare le frodi.

8° Abbassare il prezzo di vendita delle bevande non alcooliche o dei liquori alcoolici fermentati, elevando invece il prezzo dei liquori spiritosi e specialmente dell'acquavite.

9° Esercitare una sorveglianza rigorosa nell'esecuzione degli ordini dati e reprimere severamente qualunque infrazione, sia che provenga dai soldati che dalla cantiniera, e punire con rigore tutte le mancanze contro la temperanza.

c. f.

FAISON. — La tubercolosi nella razza nera. — (Med. Record, marzo 1899)

È una osservazione assai comune che i negri abbiano da qualche tempo acquistato una grande vulnerabilità per la

tubercolosi, ma quali ne siano le ragioni, se un grado maggiore di civilizzazione coi relativi cambiamenti nel regime di vita, o se nuove condizioni cosmo-telluriche si siano verificate per favorire la crescita e la moltiplicazione del bacillo tubercolare, è un problema che aspetta ancora di essere risoluto.

Non vi ha dubbio che la tisi polmonare era assolutamente sconosciuta tra i negri degli Stati Uniti del Sud prima della guerra civile, ma d'allora essa ha tenuto un andamento ognora crescente, fino ad assumere al di d'oggi proporzioni addirittura g gantesche. L'eredità non può certo essere ascritta tra le cause predisponenti, data l'assoluta precedente immunità della razza. Durante il periodo di schiavitù non vi fu esempio di negri tubercolosi, neanche tra coloro che fossero per avventura destinati al servizio di tisiici e senza nessuna delle precauzioni che usano oggi gli infermieri dei tubercolosi. D'onde dunque l'invasione del morbo? L'autore non crede che si abbiano ancora elementi per rispondere ad una tale domanda, e si limita a fare alcune constatazioni che potranno in seguito servire a far la luce sull'importante problema.

1° La diatesi tubercolosa predisponente alla tisi non è così caratteristica tra i neri come nella razza caucasica.

2° Il periodo in cui la malattia si sviluppa con maggiore facilità è tra i 18 e 25 anni.

3° La linfogranuloma tubercolare nei fanciulli e negli adulti non segue l'aumento progressivo constatato per la tubercolosi polmonare.

4° Gli individui più scuri della razza sono altrettanto soggetti alla tubercolosi che i mulatti.

5° A parità di condizioni la malattia ha un decorso più rapido tra i negri che tra i caucasici.

6° Le predisposizioni ereditarie non hanno fra i negri una parte così importante come tra i bianchi.

7° La scrofola ereditaria non è stata osservata.

Queste le osservazioni da lui fatte dopo 12 anni di soggiorno in Africa. c. f.

PRETTI. — Studi sui batteri termofili. — (Giorn. intern. delle scienze mediche, 30 giugno 1899).

L'autore si è proposto di ricavare le varie specie di batteri termofili da diversi materiali di ricerca, e di studiarne le proprietà morfologiche e culturali; ha cercato inoltre di de-

terminare, con prove sugli animali, quanto tempo i batteri termofili inoculati rimangono in vita nell'organismo vivente.

Per ricavare le specie termofili, egli inoculò il materiale (terreno di diverse provenienze, fecce di coniglio, di cane, di cavia, di piccione, di sorcio, d'uomo, acqua della cloaca di Berlino, della Sprea e potabile, pulviscolo atmosferico, polvere del pavimento) nel brodo che tenne per due giorni nel termostato alla temperatura di 62°. In seguito separò le singole specie col metodo delle colture isolanti. L'agar usato fu al 2 $\frac{1}{4}$ per cento al minimo. Invece dell'ovatta, la quale lascia delle impurità, si usò come mezzo filtrante la carta da filtro operando nella stufa a 100°. Le scatole di Petri erano messe inclinate in una camera umida, e per evitare il rapido prosciugamento dell'agar, questo doveva formare uno strato abbastanza alto. Le singole colonie ricavae a 62°, dopo esser state studiate al microscopio, venivano inoculate su agar inclinato, su patate e nel brodo. Questi terreni di coltura così inficiati venivano poi tenuti non più a 62° ma a 56°-58°.

Le conclusioni di queste esperienze sono le seguenti:

Una stessa specie di batteri termofili comportasi in diverso modo in rapporto alla rapidità di sviluppo sui diversi terreni di coltura.

Le dimensioni dei singoli elementi di una stessa specie sono varie secondo il diverso mezzo di coltura: le più grandi forme furono constatate nelle patate, le medie nell'agar e nel brodo, le più piccole nei tessuti degli animali.

I batteri termofili non sono patogeni, solo danno agli animali uno stato di malessere durante le prime 24 ore dalla inoculazione.

Contrariamente ai risultati ottenuti dalla Rabinowitsch, si trovano dei batteri termofili nell'acqua potabile dell'acquedotto di Berlino. te.

BOISSON e BRANN. — Della virulenza della polvere delle caserme, e specialmente del loro contenuto in bacilli tubercolari. — (*Centralblatt. f. med. Wissen*, n. 19, 1899).

Gli autori fecero iniezioni intraperitoneali in 213 cavie con della polvere raccolta in vari punti delle caserme di cavalleria e di fanteria (fessure e superficie dei pavimenti, in vicinanza delle sputacchiere, nelle sputacchiere stesse ecc.),

nonche dalle narici di alcuni soldati. Su 213 cavie, una sola morì per tubercolosi da inoculazione, e fu appunto quella iniettata col muco raccolto nel naso di un corazziere sanissimo. Cinquanta cavie morirono per sepsi, le altre rimasero in vita. La sepsi fu prodotta dagli streptococchi, 15 volte nelle caserme di cavalleria, 10 volte in quelle di fanteria, dal b. co 12 volte nelle prime, 2 volte nelle seconde. È degna di nota la frequenza del *b. coli* nelle caserme di cavalleria, il che deve attribuirsi al fatto che i soldati di cavalleria si trovano in intimo contatto con le feci da cavallo. Non è assodato se la circostanza che una sola cavia morì di tubercolosi, debba riferirsi a mancanza di bacilli tubercolari nella polvere delle caserme, oppure se le altre cavie siano morte troppo presto per altre affezioni.

E. T.

ZIROLIA — Sull'importanza della ricerca del gonococco per la profilassi della blenorragia. — (*Rivista d'igiene e di sanità pubblica*, 16 gennaio 1899).

Dalle numerose osservazioni praticate su questo importante argomento, l'A. trae le seguenti conclusioni:

1° l'esame clinico è spesso incerto per la diagnosi della blenorragia, soprattutto nelle forme croniche, e deve essere completato colla ricerca microscopica dei gonococchi;

2° l'esame delle prostitute in rapporto alla profilassi della blenorragia, come si fa attualmente, basato unicamente sull'ispezione delle mucose è poco efficace potendo in questo modo sfuggire il 40 p. 100 circa di donne infettate;

3° è necessario che tanto il medico visitatore, quanto il medico dei dispensari civili e degli ospedali, prima di dichiarare la donna immune da gonorrea s' accerti dell'assenza dei gonococchi per mezzo dell'esame microscopico;

4° la tecnica di questo esame essendo semplicissima, non potrebbe vi doversero essere difficoltà per l'imposizione sua obbligatoria per legge o per regolamento;

5° anche nella clientela privata, un medico non dovrebbe dichiarare guarito un blenorragico se non dopo l'esame microscopico che accerti la scomparsa dei gonococchi;

6° nel e meretrice questo esame, oltre che all'uretra, all'orificio della vagina, ai dotti escretori delle ghiandole del Bartolini, deve estendersi anche al retto.

Tali conclusioni furono il risultato dell'esame di 103 donne ritenute minime da bleonatori, delle quali 13 portavano in vece evidentemente il gonococco così distribuito: in 23 nell'uretra, in 21 nella cervice uterina, in 8 nella vagina, in 3 nel coibuccio del clitoride e gliangole dei Bartolini, in 20 nel retto.

Il metodo per la ricerca del gonococco è abbastanza semplice: con un ago stemizzato alla fiamma si prende il secreto normale delle mucose di dette regioni, lo si porta sopra un vetrino copri-oggetti dove si distende coll'ago di platino, o si schiaccia con altro vetrino, quindi si lascia essicare e si passa tre volte alla fiamma. In quanto alla colorazione, è preferibile usare il metodo di doppia colorazione proposto da Schatz. I preparati sui coprioggetti si mettono per 5-10 minuti in una soluzione filtrata fredda di bleu di metilene in acqua carbolica al 5 p. 100, si lavano quindi in acqua, si immergono per un momento, quanto occorre per contare fino a tre, in acqua acetica (5 gocce d'acido acetico in 20 gocce d'acqua distillata) ed immediatamente si cominciano a lavare in acqua abbondante. I preparati così decolorati si ricolorano con una soluzione acquosa di safranina molto diluita. Si fa agire per poco tempo (20-30 secondi) e si interrompe immediatamente quando, guardando il preparato lavato in acqua su una superficie bianca, si ricoloresce appena la colorazione, si asciuga quindi il preparato e si chiude in balsamo. *te.*

LIDIA RABINOWITSCH. — Bacilli tubercolari nel burro del commercio. - (*Deutsche Med. Wochenschrift*, p. 5-1899).

La grande importanza igienica che ha la constatazione del bacillo tubercolare nel burro del commercio ha spinto molti osservatori sulla via di tali ricerche e già si possiedono risultati ottenuti in importanti istituti di Berlino quali l'Istituto igienico universitario, l'ufficio sanitario imperiale e l'Istituto per le malattie infettive diretto dal Koch.

Obermüller trovò che su quattordici campioni di burro da lui osservati il 100 p. 100 conteneva bacilli tubercolari virulenti. Va notato però che tali campioni provenivano tutti da un unico mercato, per cui resterebbe alquanto infirmato il valore assoluto dei risultati.

Più attendibili sono invece i dati ottenuti da Petri dell'ufficio imperiale, il quale su 102 campioni ne trovò il 32,3 p. 100

contenenti da 111 tubercolari, mentre nel 52,9 p. 100 erano constatabili bacilli smiltubercolari; quelli stessi sui quali Koch ha recentemente richiamata l'attenzione degli scienziati. Hermann e Morgenroth trovarono su 10 campioni il 50 p. 100 di infetti del bacillo tubercolare.

L. R. praticò numerose ricerche nell'istituto Koch e mentre l'anno scorso non aveva ottenuto che risultati negativi, ebbe invece quest'anno il sosse vare che tra quattordici campioni ritirati da quattro l. i diversi spacci uno dava luogo in modo indubbio a infezione tubercolare mentre tra gli altri qualche uno provocava le lesioni dovute alla pseudotubercolosi. Seguiendo la via di infestione del burro dalla sua origine nei vari punti della città l'autore poté constatare come in ognuno degli spacci secon diti trovavasi burro infetto tubercolare.

Non può sfuggire ad alcuno l'importanza di un tale reperto comprovante quanto vasta possa essere la diffusione del bacillo tubercolare per mezzo del burro.

F. C. M.

RIVISTA BIBLIOGRAFICA

I. SCARANO. Le nevrosi rispetto all'esercito ed alla giustizia militare — (Napoli, 1899, libreria Detken e Rochol, piazza Plebiscito)

È uno scritto di medicina legale, che non può non essere accolto con piacere da quanti s'interessano dell'argomento.

Desso — come l'autore si esprime — è inteso a facilitare la cognizione delle nevrosi nei militari per la soluzione degli importanti problemi, che ne conseguono, sia dal lato giuridico, sia da quello della eliminazione dalle file dell'esercito di elementi non adatti o pericolosi.

Trattando della importanza delle nevrosi nell'esercito e della difficoltà del loro accertamento, massime delle forme latenti (importanza e difficoltà ora da tutti riconosciute da ogni competente in materia, l'autore si propone di ricercare se sia possibile stabilire una esatta diagnosi oggettiva delle stesse, basandosi, oltre che sui sintomi di sicuro valore, su altri elementi di pura sicurezza, capaci di ridurre al minimo le difficoltà che ostacolano e la prevenzione e la sanazione. A tale uopo l'autore rivolge le sue indagini nel campo scientifico, in

quello statuto e regolamentare per riconoscere, stabilito il concetto attuale scientifico rispetto alle nevrosi, quali sono i sintomi obiettivi non simulabili delle medesime, quali le alterazioni del carattere psichico, quali gli insegnamenti, che si possono desumere dalle risultanze statistiche e dalla nozione circa le disposizioni regolamentari in vigore nell'esercito nostro in paragone di altri eserciti stranieri.

L'autore inoltre vuole studiare la correlazione tra degenerazione fisica e morale per dimostrare l'intimo rapporto tra le nevrosi e la delinquenza militare. Ricorre perciò agli stabilimenti militari di pena, e ricercando in alcune compagnie di carcerati, di reclusi e di disciplina la recidiva e la precocità nel delitto in rapporto alla degenerazione, crede poter ammettere che nell'ambiente militare le condanne riportate precocemente, prima di venire sotto le armi, le recidive nella colpa, soprattutto la recidiva specifica ed iterata, possono avere di guida efficace per scovare le alterazioni esposte, in modo da fondarvi un sicuro e complessivo parere medico-legale. E precisamente dal punto di vista della incorreggibilità ostinata e del numero delle condanne l'autore sceglie 30 individui appartenenti ai suddetti stabilimenti di pena, di cui riporta con diligenza scientifica le storie cliniche ed il risultato dello esame somatico funzionale, dimostrando quale abbondanza di dati positivi presentano parecchi di essi, quando le indagini si estendono alla famiglia, al passato fisiologico e patologico, alle tendenze, agli istinti.

Dal complesso dello studio, fatto l'autore concludere che non pare debba radersi dall'ente la diagnosi del degenerato, da cui deriva il nevrotico, fondandola di preferenza su dati obiettivi, corrispondenti appunto alle esigenze della pratica militare.

Egli, studiando pure l'influenza dell'ambiente militare come eventuale momento etiologico ed anche soltanto occasionale rispetto alle nevrosi, deduce come sia impropria la permanenza nelle file dello esercito di tutti quegli individui non adatti alla vita in comune, classificati tra i degenerati fisici e morali, e come sia resa necessaria la eliminazione di costoro, potendo essi apportare il tossico dell'esempio, del contagio, del pericolo comune e valendo a profanare la farsa ed esporla al rigore della giustizia.

L'autore propone i seguenti provvedimenti, che egli reputa sicuri e di facile attuazione pratica. L' studio preventivo e sorveglianza (affidata all'ufficiale medico) delle reclute con

precedenti di condanna e di recidiva, 2° obbligo del parere del medico in tutti i casi di trasferimento dei militari alle compagnie di disciplina ed in quelli di ritorno al corpo, dopo scontata la pena; 3° modificazione dell'elenco delle infermità inabilitanti al servizio, nel senso che mentre consenta un più largo apprezzamento di tutte le forme di nevrosi, questo sia sempre sussidiato dalle necessarie garanzie; 4° non ammissione nell'esercito dei delinquenti precoci per condanne riportate già prima di venire sotto le armi (non per colpe lievi, ma per alcuni reati, soprattutto di grave violenza contro le persone), o di recidivi e massime di recidivi specifici iterati.

Il dott. Scarano ha fatto un lavoro accurato, diligente, originale in alcune parti, portando anche un valido contributo all'argomento della delinquenza nell'esercito. Questo libro merita di esser preso in considerazione dagli studiosi, ed al giovane autore non mancherà certo la soddisfazione di vedersi letto e giustamente apprezzato. cq.

NOTIZIE

Medaglia di Morgagni.

Annunziammo già che, a cura di un comitato costituitosi a Milano, e presieduto dall'egregio dottore Soffiantini, fu scolpito e donato alla scuola medica di San Tommaso di Londra un busto in marmo di G. B. Morgagni.

Ora il comitato è venuto nella deliberazione di coniare un certo numero di medaglie in bronzo, non solo per distribuirne al comitato inglese presieduto dal prof. S. Shattock, ma per tutti coloro che ne volessero fare acquisto dalla casa del cav. Johnson, in Milano (Corso di Porta Nuova, n. 15). Il prezzo stabilito è di lire 5, prezzo che si può ben dire minimo, perchè la medaglia ha un diametro di 70 millimetri e costituisce un pregevole lavoro anche sotto l'aspetto artistico.

Il Direttore

Dott. F. LANDOLFI, colonnello medico ispettore.

Il Redattore

D.^r RIDOLFO LIVI, capitano medico.

GIOVANNI SCOLARI, Gerente.



Lannelongue. — Della cura degli ascessi tubercolari, sintomatici o no di alterazioni ossee.	Pag. 860
Kraemer. — Sull'etiologia e sulla cura chirurgica delle varici degli arti inferiori	» 862

RIVISTA DI OCULISTICA.

Angelucci. — Sulla neurite unigenica acuta del nervo ottico.	Pag. 862
Neuschüler. — Influenza della narcosi sulla tensione oculare	» 863
Pylkoff. — Trattamento del tracoma.	» 864
Aschheim. — La trasfusione dell'iride.	» 865
Nagel. — Daltonismo e sua diagnosi.	» 866
Parisotti. — Nuovo perimetro registratore	» 867
Trantas. — Casi di emeralopia essenziale guariti con l'ingestione di fegato di montone	» 869

RIVISTA DI ANATOMIA E FISIOLOGIA NORMALE E PATOLOGICA.

Pignatti e Baccarani. — Ricerche sperimentali sulla tossicità della saliva mista di individui sani ed ammalati.	Pag. 870
D'Évent. — Su la funzione del m. sternocleidomastoideo e sul movimento di rotazione e flessione del capo	» 871

RIVISTA DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE.

Calderone. — Ricerche ematologiche nella sifilide costituzionale recente	Pag. 872
Klippel ed Aynaud. — La paralisi facciale zosteriana	» 873
Michailow. — Operazioni sui sifilitici.	» 874

RIVISTA DI TERAPEUTICA.

Macgregor. — La paraldeide nell'asma	Pag. 875
Fitzgerald. — Trattamenti della febbre malarica colle unzioni di creosoto	» 876
Sutalini. — La peronina, nuovo anestetico locale	» 877
Gehrli. — Trattamento della iperidrosi dei piedi colla formalina	» 878
Macgregor. — Il chinosoio nella tubercolosi	» 880
Schiele. — L'attitolo nella tubercolosi polmonare	» 881

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE.

Lesser. — Sull'antisepsi in guerra	Pag. 882
Elon. — Alcune ferite di soldati spagnoli.	» 883
Müller. — L'influenza esercitata sull'orecchio dalle forti detonazioni d'artiglieria.	» 884

RIVISTA D'IGIENE.

Gutierrez. — Nuovo contributo intorno all'efficacia del siero Sclavo contro la pustola del carbonchio ematico	Pag. 885
Viry. — La profilassi dell'alcoolismo nell'esercito.	» 886
Falson. — La tubercolosi nella razza nera	» 889
Prelli. — Studi sui batteri termofili	» 890
Boisson e Brann. — Della virulenza della polvere delle caserme, e specialmente del loro contenuto in bacilli tubercolari	» 891
Zirola. — Sull'importanza della ricerca del gonococco per la profilassi della blenorragia.	» 892
Rabinowitsch. — Bacilli tubercolari nel burro del commercio	» 893

RIVISTA BIBLIOGRAFICA.

Scarano. — Le nevrosi rispetto all'esercito ed alla giustizia militare.	Pag. 894
--	----------

NOTIZIE.

Medaglia di Morgagni	Pag. 896
---------------------------------------	----------

Importante pubblicazione

È uscito il

CONSULENTE SANITARIO

GUIDA PRATICA

PER CURARE LE MALATTIE IN ASSENZA DEL MEDICO

DEL

Capitano medico T. VIRDIA

3ª EDIZIONE

Il **Consulente Sanitario** è in ispecial modo indirizzato ai profani della scienza medica, che possono trarre tutte le norme necessarie per provvedere in casi di urgenza alla propria ed all'altrui salute. Con inappuntabile chiarezza sono in esso esposte tutte le malattie più comuni, di cui sono indicati i mezzi di cura più facili. Vi sono trattate le malattie d'indole infettiva: *malaria, ileotifo, dissenteria, febbre colica, difterite, colera, reumatismo, morbillo, ecc. ecc.*; quelle dell'apparato respiratorio: *laringite, bronchite, polmonite, tisi, ecc. ecc.*; dell'apparato digerente: *stomatite, angina, imbarazzo di stomaco, catarro intestinale, ecc.*; del sistema nervoso: *neuralgie, isterismo, neurastenia, ecc.*; quelle del fegato, dei reni, della vescica, degli occhi, degli orecchi, della pelle, quelle veneree e sifilitiche, ecc. Con speciale competenza poi sono trattate le varie lesioni traumatiche, come, *ferite, contusioni, distorsioni, fratture, morsi di serpenti velenosi e di cani arrabbiati ecc.*; ed in apposita appendice sono esposte cognizioni utilissime e complete sui *filtri da campo, sulle asfissie, sugli avvelenamenti* e su tanti piccoli mali che spesso affliggono il nostro organismo. Infine vi sono gli elenchi dei medicinali che occorrono alle famiglie ed ai viaggiatori, e per ciascun medicamento vi è notata la dose, con la indicazione curativa e il modo di usarlo. Il libro è corredato di numerose e nitide incisioni. Il **Consulente Sanitario** è stato riconosciuto dai più autorevoli giornali d'Italia, compresi gli scientifici, di utilità pratica indiscutibile per tutti.

Vol. di 446 pag., legato in tutta tela Lire 3, franco di porto

Spedire cartolina-vaglia all'Editore

LICINIO CAPPELLI — Rocca S. Casciano.

GIORNALE MEDICO

DEL

REGIO ESERCITO



Anno XLVII

N. 9. — 30 Settembre 1899

ROMA

TIPOGRAFIA ENRICO VOGHERA

Gli abbonamenti si ricevono dall'Amministrazione del giornale
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra).

12.077.99

SOMMARIO

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE FASCICOLO

MEMORIE ORIGINALI.

Panara. — La chirurgia operativa negli stabilimenti sanitari militari italiani durante l'anno 1898	Pag. 897
---	----------

RIVISTA DI GIORNALI ITALIANI ED ESTERI.

RIVISTA MEDICA.

Marchetti. — Sulla percentuale di azoto dell'albumina urinaria	Pag. 925
Reymond. — Neurite apoplettiforme	927
Héber. — Sull'azione riduttrice dell'urina	928
Hubb. — Il sero antistreptococcico nella meningite cerebro-spinale	929
Cazal. — Sulla diagnosi precoce del morbillo	931
Sulaghi. — Termoforo elettrico per applicazioni locali del calore	933
Polsin. — Sopra un'ortite acuta d'origine malinica	933
Tadell. — Soffi cardiopoi monari	931
Daddi e Silvestrini. — Un caso mortale di corea del Sydenham con ricerche batterioscopiche ed istologiche	935
Lambranzi. — L'acidità del sangue in alcune malattie mentali	937
Schlesinger. — Dei disturbi psichici consecutivi all'uso dell'iodoformio	938
Seabia. — La poluria semplice è sempre l'espressione di un fatto degenerativo	939
Elliot. — Alcune osservazioni sulla nefrite cronica	940
Marziali. — Contributo allo studio dell'etiologia delle pleuriti idiopatiche	942

RIVISTA CHIRURGICA.

Gradenigo. — Su alcuni casi di leptomeningite obitica	Pag. 944
Elshel. — Lo fente dell'intestino e del mesenterio senza lesione esterna	945
Kocher. — La questione dei guanti nella pratica chirurgica	95
Seier. — Epistassi. Sue cause e trattamento	951
Wiggle. — Norme da seguirsi prima e dopo la laparotomia	953
Diriani. — I tumori della ghiandola sottomascellare	954
Sarrai. — Cistostomia soprahibica per setticemia urinaria gravissima di origine ureterale guarigione	957
Lermite. — L'estratto di capsule soprarrenali come emostatico	958
Oliver. — Costruzione di pro-artrosi cando-omerale in un braccio ciondolante per mancanza della scapola e della testa omerale	959
Lesca. — La calcificazione nei tessuti	960
Boas. — Cura medica delle fessure all'ano	961
Fish. — L'importanza dell'esame del sangue prima dell'anestesia	963
Wright. — Sterilizzazione delle sonde e dei cateteri	965
Obadiri. — Ferita accidentale dell'arteria iliaca esterna. Attaccatura. Guarigione	964
Steffens. — Del e laparotomie multiple nello stesso individuo	965
Stedman Bull. — Patologia e trattamento dei seni adiacenti alle orbite	969
Cura di polmonari, pleuriti ed ascessi.	969
Franke. — Postumi chirurgici dell'influenza	970
Biagi e Brucchi. — Nuovo metodo per la cura radicale delle varici	970

(Per la continuazione dell'indice vedasi la pagina 3^a della copertina).

LA CHIRURGIA OPERATIVA NEGLI STABILIMENTI SANITARI MILITARI ITALIANI DURANTE L'ANNO 1898

Per il dott. **Panfilo Panara**, colonnello medico



L'operosità chirurgica del nostro corpo sanitario è in lodevole incremento da alcuni anni a questa parte, e segue l'impulso che dalle scienze affini riceve la chirurgia generale. È utile quindi che questa operosità sia posta in luce, per le scodistazioni morali che ne ritraggono gli operatori, e per la spinta che potrà in seguito giovare ai timidi, invogliandoli ad imitare l'esempio degli operosi colleghi.

Com'è naturale in un esercito che nel breve tempo di permanenza sotto le armi e in continua attività fisica per compiere la propria istruzione militare, i traumatismi offrono largo campo alla chirurgia. Lo studio della traumatologia è perciò un patrimonio speciale dei medici militari, perché se si eccettuano gli ospedali civili delle grandi città, esclusivamente tenuti per soccorso di feriti, dove pochi chirurghi possono esercitarsi nella cura delle fratture, delle lussazioni e delle ferite, nelle cliniche universitarie l'insegnamento della traumatologia, per l'urgenza dei singoli casi, passa in una linea molto secondaria.

I traumatismi curati negli ospedali militari durante l'anno 1898 hanno raggiunto la cosueta cifra di 4373; e divisi secondo le loro specialità, e raggruppati per corpi d'armata, si riassumono nel seguente specchio:

Traumatismi

27

SPECIE DELLE LESIONI	CORPI D'ARMATA												TOTALI
	1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	12°	
Cecus omi	171	166	104	155	119	49	39	77	210	151	34	105	1384
Distorsioni	220	143	137	146	132	64	57	59	158	114	37	90	1963
Lussazioni	15	14	16	7	15	8	1	6	15	8	6	15	126
Fratture	53	30	50	32	51	14	20	18	48	64	10	32	426
Ferite lacero-contuse	112	22	75	18	90	58	45	24	55	80	21	57	774
Ferite da taglio	22	5	16	110	10	5	9	5	18	16	3	8	129
Ferite da punta	8	6	8	5	5	9	1	4	4	9	5	7	62
Ferite d'arma da fuoco	5	11	10	10	7	2	4	3	20	14	5	21	109
TOTALI	606	463	416	439	439	204	177	196	528	435	124	311	4373

LA CHIRURGIA OPERATIVA

Delle 1384 contusioni ebbero esito letale: una per calcio di cavallo alla regione temporale con rottura dell'osso e lesione dell'arteria meningea media in Novara. Una per la stessa causa traumatica in Savigliano infera nell'addome di un soldato, che moriva dopo poche ore per rottura in più punti del tenue. Un altro soldato morì in Milano per caduta da considerevole altezza battendo sul sincipite. Vi fu emorragia che riempiva la trachea, si eseguì la tracheotomia, ma inutilmente. Un altro morì a Bastia per simile traumatismo al capo, quasi immediatamente.

A Padova due soldati furono colpiti da calci di mulo sul ventre; il primo non presentava sintomi allarmanti, ma il giorno dopo morì, e l'autopsia rivelò rottura del tenue per $\frac{1}{2}$ della sua circonferenza. Il secondo aveva press'a poco gli stessi sintomi del primo, il dott. Luciola eseguì la laparotomia un'ora dopo l'accaduto, con tutte le precauzioni di asepsi; trovò il tenue reciso nettamente per $\frac{1}{4}$ della sua circonferenza, ma il ferito morì egualmente dopo 24 ore, e l'autopsia non rivelò altra lesione da quella che la laparotomia aveva messa in evidenza.

Oltre a questi traumatismi riesciti ad esito letale, dettero luogo ad operazioni chirurgiche quattro ematriti del ginocchio, vuotati e lavati all'acido fenico dal dott. Calegari a Milano, ed un altro vuotato e lavato dal dott. Silvestri a Firenze. Due ematoceli del pauriglione dell'orecchio incisi a Milano dal dott. Calegari, un ematoma del ginocchio inciso, lavato e suturato dal dottor Giuffredì a Piacenza.

Nella stessa guarnigione, per colpo contundente inferito, vi fu frattura del parietale in un soldato. Il dott. Giuffredì estrasse delle schegge ossee, ed ottenne completa guarigione.

A Cremona, il dott. Bisceglie, per una zampata di cavallo, che in seguito aveva prodotto necrosi del dorso

del piede, eseguì l'autoplastica per scorrimento ed ebbe in breve tempo una buona cicatrice.

A Mantova, il dott. Zoncada dovè disarticolare un pollice completamente schiacciato, ed il dott. Zunini dovè amputare una gamba per un piede schiacciato da una trave. Anche a Ravenna il dott. Fresa disarticolò il dito medio di una mano per schiacciamento.

Le distorsioni raggiunsero press'a poco il numero delle contusioni. Il dott. Sforza in un parallelo fra quelle che accadono nell'esercito germanico e quelle che avvengono nel nostro, calcola a 18,309 le distorsioni verificatesi nell'esercito italiano in 20 anni, ciò che darebbe un quoziente di 915 all'anno. Stando a queste proporzioni, nell'anno 1898 si avrebbe un sensibile aumento.

Furono tutte trattate con impacchi, fasciature, e si fece largo uso di massaggio, e di mobilizzazione precoce, con favorevole risultato.

A Savignano una distorsione fu seguita da artrite granulo-fungosa, che richiese la resezione del calcagno. A Firenze un'artrosinovite granulo-fungosa del ginocchio consecutiva a distorsione, rese necessaria la resezione con esportazione della rotula e satura metallica dei capi ossei. A Cagliari una distorsione del piede complicata a frattura del 1° metatarsale guarì con la semplice estrazione di una scheggia ossea.

Per le lussazioni fu sempre sufficiente la riduzione, e si ottenne per lo più col metodo di Kosher in quelle della spalla, in molti casi si ricorse alla cloroformizzazione e sempre si fece uso di mobilitazione, ginnastica passiva e massaggio. Poche volte si dovè ricorrere alla corrente elettrica per atrofia muscolare da compressione o contusione nervosa.

Le fratture invece esercitarono alquanto l'operosità dei chirurghi, per le compicanze e per la sede. Oltre

alle manovre di riduzione e contenzione, all'applicazione di apparecchi, alla mobilitazione delle articolazioni vicine, ed al massaggio esercitato sul callo recente e sui muscoli nelle fratture delle ossa lunghe, furono necessarie le seguenti operazioni.

A Torino, per una frattura dell'osso frontale per calcio di cavallo, con intrompressione di frammenti nella sostanza cerebrale, e poliuria fino alla enorme quantità di 16 litri al giorno, senza glicosuria, il dott. Carta eseguì con la scorbis e con le pinze osteotome l'estrazione di schegge ossee in due tempi. Si ottenne in fine una cicatrice molle, con pulsazione cerebrale visibile dall'esterno, e l'infermo fu ritornato in buone condizioni.

In un'altra frattura del cranio lo stesso dottore esportò schegge ossee e ottenne guarigione completa.

A Piacenza, per una frattura comminuta fronto-parietale, il dott. Giuffrè vuotò un vasto ematoma, regolarizzò lo scheggiamento della frattura, suturò il pericranio ed ottenne guarigione completa in 44 giorni.

Lo stesso trattamento di riduzione e sutura periosteale mise in opera il Giuffrè nell'istesso ospedale, per una frattura sopraorbitaria da calcio di cavallo ottenendo guarigione completa in 24 giorni.

Nell'ospedale di Ancona il dott. Caccia eseguì una craniotomia per necrosi in una frattura del parietale, con esito di guarigione in 60 giorni, ed una sutura metallica in due punti del massellare inferiore fratturato.

Altra sutura metallica della mandibola si eseguì con buon risultato nell'ospedale di Verona. Ivi fu anche trasportato cadavere un soldato per frattura temporoparietale da calcio di cavallo.

Nell'infermeria di Cremona il dott. Biscoghe esportò frammenti di una frattura delle ossa nasali suturando la ferita, ed ottenne rapida cicatrizzazione in 12 giorni.

Il dott. Silvestri nell'ospedale di Firenze, per ferita-frattura del bordo alveolare superiore, reseccò delle schegge, ed eseguì una plastica palato gengivale, con esito di guarigione in 50 giorni.

A Perugia il dott. Volino riescì a tenere a posto una frattura della mandibola legando con filo metallico i denti adiacenti, ed ottenne la guarigione.

Una sutura metallica di clavicola fratturata eseguì il dott. Silvestri nell'ospedale militare di Firenze, ottenendo completa guarigione in 30 giorni; e nell'ospedale militare di Chieti fu curata la frattura di una costola seguita da estesissimo enfisema cutaneo.

Il dott. Pimpinelli, nell'ospedale militare di Brescia, eseguì la resezione del capitello del radio fratturato e lussato anteriormente per calcio di cavallo, ed ottenne la guarigione con integrità dei movimenti articolari in 49 giorni.

Nell'ospedale di Padova, per frattura comminuta del femore non consolidata, si eseguì la recentazione dei monconi e la sutura metallica di essi in secondo tempo.

A Milano il dott. Calcagni eseguì una sutura metallica di una rotula per frattura trasversale, con esito di guarigione in 63 giorni, ed un'altra ne eseguì per lo stesso traumatismo il dott. Silvestri nell'ospedale di Firenze.

A Milano, per una caduta da 10 metri di altezza, avvenne in un soldato frattura comminuta di gamba e piede destro, che richiese l'amputazione della gamba al terzo medio, eseguita dal dott. Calegari.

Per altra frattura complicata di gamba e piede lo stesso dottore, nel medesimo ospedale, eseguì l'artrectomia con svuotamento dell'astragalo; ma più tardi lo volle ricorrere all'amputazione al terzo inferiore della gamba.

Altra artrectomia per lussazione e frattura metacarpo-falangea dell'alluce esegui nell'infermeria di Cremona il dott. Bisceglie, ed ebbe guarigione completa dell'infermo in 22 giorni.

A Palermo un ufficiale riportò frattura di una gamba, si fece curare a domicilio, ma dopo 4 mesi, non essendo avvenuta la riunione de' frammenti, fu trasportato all'ospedale militare.

La radiografia scoprì una lunga scheggia della tibia, spostata, messa di traverso fra i due frammenti, ed ulcerante la cute. Con lungo taglio si asportò la scheggia, si suturò la ferita e si applicò nuovo apparecchio, e l'operazione fu finalmente coronata dalla guarigione.

Anche le ferite lacero-contuse dettero argomento a diversi atti operativi.

Il dott. Marco-Giuseppe nell'infermeria di Siena esegui una resezione cranica per ferita del parietale, il dott. Baldanza nell'ospedale di Caserta esegui la trapanazione del cranio per ferita lacero-contusa della bozza frontale sinistra seguita da ascesso endocranico, ed entrambi ottennero guarigione.

Il dott. Calegari nell'ospedale di Milano esegui per un traumatismo della stessa specie la legatura dell'arteria facciale, e nell'ospedale militare di Venezia il dott. Melampo accompagnò dal Lido un soldato ferito alla faccia con emorragia, che richiese la legatura della carotide esterna.

Per ferita lacero-contusa del labbro superiore il dott. Gerundo nell'ospedale di Caserta esegui la cheiloplastica con buon risultato.

Nell'ospedale di Firenze il dott. Silvestri esegui miorafia e tenorafia, per lacerazione di una mano, e la disarticolazione del pollice per pestamento in altro soldato.

All'ospedale di Torino fu disarticolato dal dott. Carta il 2° dito di un piede per gangrena, in quello di Savignano fu disarticolata la 2° falange del mignolo per necrosi consecutiva ad un morso, e nell'ospedale di Ancona fu con lotto un soldato, che per raccogliere il suo berretto ebbe la mano stritolata dall'ingranaggio di una macchina. Il dott. Menniti regolarizzò la disarticolazione delle tre dita della mano destra strappate, e se ne ebbe una cicatrice definitiva, con perdita quasi totale dell'uso della mano.

Le ferite da taglio guarirono tutte o con semplice sutura o con semplicissima medicazione antisettica.

Nell'ospedale di Savignano si eseguì l'allacciatura dell'arteria omerale profonda e la sutura della ferita al braccio per duello; nell'ospedale di Milano il dott. Callegari allacciò l'occipitale trasversa per ferita da taglio, ed eseguì la tenorafia de' flessori del mignolo; ed all'infermeria presidiaria di Catania il dott. Rameri eseguì una tenorafia per ferita dell'avambraccio,

Poche ma gravi operazioni richiesero le ferite da punta, ed il risultato di esse non fu felice.

Tranne una riduzione dell'epiploon con sutura a strati delle pareti addominali, eseguita dal dott. La Grotteria nell'infermeria di Cosenza, che ebbe esito di guarigione in 12 giorni, furono seguite da morte una laparotomia eseguita nell'ospedale di Napoli in un borghese trasportatovi dopo qualene ora dal ferimento, ed un'altra compiuta nell'ospedale di Savignano dal dott. Bruni per ferita all'addome.

Per ferite d'arma da fuoco occorsero poche operazioni.

Il dott. Lucciola, nell'ospedale di Palermo, enucleò un globo oculare per lo scoppio d'un bozzolo, ed eseguì una operazione di cataratta traumatica per penetrazione di una scheggia di bozzolo.

Nell'ospedale di Milano il dott. Calegari in quattro feriti ebbe campo di esportare 4 senegge di proiettili; una di queste fu scoperta con la radiografia.

Un proiettile di rivoltella incistato a ridosso del fascio nerveo-vascolare della gamba destra fu estratto nell'ospedale di Savigliano dal dott. Bruni, mediante un'incisione lungo il margine interno del tendine di Achille.

In una ferita di proiettile alla mano con frattura del 3° metacarpeo, il dott. Carino eseguì nell'ospedale di Messina la riduzione della frattura, e la sutura dell'estensore del medio.

Nell'ospedale di Brescia il dott. Zoncada pose rimedio ad una deforme cicatrice della mano sinistra, con anchilosi della 1° con la 2° falange del 3° e 4° dito consecutiva a ferita accidentale, disarticolando le falangi anchilosate, perchè l'intermo recuperasse l'uso della mano; ed una 2° falange dell'indice colpito da un proiettile disarticolò il dott. Giuffrè nell'ospedale militare di Piacenza.

Un'esostosi dell'indice destro in ferita suppurata fu esportata nell'ospedale di Roma dal dott. Persichetti, che ottenne così la cicatrizzazione della ferita.

In una ferita con frattura del capo dell'omero per tentato suicidio, il dott. Bozzi, nell'ospedale di Livorno, asportò i frammenti ed ottenne la ricomposizione ed il consolidamento della frattura.

Per un caso simile il dott. Ferrero di Cavallerleone ricorse nell'infermeria di Civitavecchia alla resezione dell'estremo superiore dell'omero.

Ed una resezione del capo dell'omero col processo Ollier fu eseguita nell'ospedale di Torino dal dottor Carta.

Per ferita d'arma da fuoco all'addome il dott. Giuliani eseguì infruttuosamente la laparotomia e l'ente-

rotomia. L'intermo morì nell'ospedale di Genova il giorno seguente all'operazione.

In Cava de' Tirreni, per antica e semibarbara usanza non mai sradicata ne' nostri paesi, ne' giorni di festa è un continuo sparo di mortaletti, di grosse spingarde, e di bombe di carta alla dinamite. Quando que' popolani hanno lanciato una di queste bombe e non la vedono scoppiare, vanno a raccoglierla, e proprio allora la bomba si decide al triste effetto. Per due casi di tal fatta, due popolani con la mano destra in brandelli furono portati all'ospedale militare, e vi subirono dal dott. Pasquale l'amputazione dell'avambraccio.

In 4373 traumatismi d'ogni genere, occorsero adunque 66 operazioni importanti, senza contare le ricomposizioni di fratture e le riduzioni di lussazioni, che sono altrettante operazioni chirurgiche, le quali raggiunsero complessivamente il numero di 552.

Flemmoni ed ascessi

Ne furono curati in tutti gli ospedali ed infermerie 2248 con i soliti mezzi di oncotomie e medicazioni antistatiche. Degni di menzione sono un ascesso retrobulbare, pel quale il dott. Barbatelli eseguì nell'ospedale di Bologna l'enucleazione del globo dell'occhio. Due ascessi maici curati nell'ospedale di Torino dal dottore Carta, con aspirazione ed iniezione d'etere iodiformico. Un terzo ascesso iliaco vuotato merè incisione, e zaffato profondamente dal dott. Calegari nello ospedale di Milano. Un quarto similmente curato dal dott. Pimpinelli nell'ospedale di Brescia, un quinto nell'ospedale di Piacenza dal dott. Giuffredi, un sesto dal dott. Criscuon nell'infermeria di Lecce. In questi sei si ottenne la guarigione, ma non fu così fortunato in un settimo il dott. De Falco nell'ospedale di Napoli, dove l'intermo morì.

Un ascesso ischio-rettale fu inciso dal dott. Carta nell'ospedale militare di Torino con esito di guarigione, ed un ascesso orinoso aprì in tempo il dott. Pimpinelli nell'ospedale di Brescia.

Il dott. Carta ebbe a disarticolare un dito per flemmone gangrenoso nell'ospedale di Torino.

Nell'ospedale di Firenze il dott. Silvestri incise, disinfettò e suturò con buon risultato un ascesso da peritonite, ed altro ascesso ileo-caecale da appendicite vuotò con simile risultato nell'ospedale di Milano, il dott. Calegari.

Il dott. Carta nell'ospedale di Torino eseguì la laparotomia per appendicite suppurata, ma l'infermo morì.

In totale, 14 operazioni chirurgiche per ascessi.

Linfadeniti.

Di quelle non veneree, s'intende, cervicili, ascellari ed inguinali, ne entrarono nei diversi luoghi di cura in tutto l'anno 1506. Ne furono curate 19 efficacemente con iniezioni iodiche nell'ospedale di Catanzaro, molte nell'ospedale di Novara, e ne furono emucleate 3 dal dott. Cametti ed una dal dott. Corno nell'ospedale di Novara; 24 dal dott. Carta in quello di Torino; 24 dal dott. Calegari e 4 dal dott. Lanza nell'ospedale di Milano; una dal dott. Zanchi nell'infermeria di Bergamo; una dal dott. Giuliani nell'ospedale di Genova, 10 dal dott. Giuffrè ed una dal dott. Bonomi nello ospedale di Piacenza, 4 dal dott. Bisceglie nell'infermeria di Cremona; 3 dal dott. Orlandi e 2 dal dott. Fresca nell'ospedale di Verona, 4 dal dott. Micheli nell'ospedale di Padova, una dal dott. Barbatelli e 7 dal dott. Fresca negli ospedali di Bologna e Ravenna; 10 dai dottori Barletta, Menniti e Caccia nell'ospedale di Ancona; una dal dott. D'Angelantonio nell'infermeria

d'Aquila: 7 dal dott. Silvestri, 5 dal dott. Puglisi ed 1 dal dott. Serbolisca nell'ospedale di Firenze; 1 dal dott. Caporaso, 9 dal dott. Persichetti, 1 dal dott. Corbi nell'ospedale di Roma; 2 dal dott. Tursini nell'infermeria di Civitavecchia; 1 per ciascuno dai dottori Vallicelli, Chelesini e Caredda nell'ospedale di Perugia; 2 dal dott. De Falco nell'ospedale di Napoli; 1 dal dott. Guarnieri nell'ospedale di Bari; 1 dal dott. La Grotteria nell'infermeria di Cosenza, ed 1 dal dott. Carino nell'ospedale di Messina.

In totale ne furono estirpate 135, ed in molti casi si usò la sutura a strati ed il drenaggio, ma, a giudicare dal tempo di permanenza nell'ospedale dei diversi malati, questo metodo offre poco vantaggio in confronto della medicazione a piatto nelle estirpazioni di ghiandole linfatiche.

Quante di queste linfe alieniti sono ascrivibili alle incongrue pressioni delle correggie dello zaino per le ghiandole cervicali ed ascellari, od a quelle delle scarpe, dello stambe, della sella per quella dell'inguine, e quante sono di natura essenzialmente tubercolare? Ce lo potrebbe dire la batteriologia, e più specialmente la sezione microscopica delle ghiandole estirpate, e l'inoculazione in cavie del succo di queste ghiandole, e lo studio sarebbe fecondo di utili applicazioni pratiche.

Disgraziatamente il nostro personale medico è tanto ristretto, che quasi mai è concesso ad un direttore di ospedale immobilizzare un medico per qualche tempo nel gabinetto d'anatomia patologica o di batteriologia, malgrado che tanta parte del nostro corpo sanitario abbia fruito di corsi speciali nelle nostre università.

Per similitudine di tessuto mi sia lecito raggruppare qui le tonsillotomie eseguite nei diversi ospedali, per quelle ipertrofie tonsillari che partecipano della doppia

cagione di irritazione dentaria e boccale e di inizio della tubercolosi.

Fu eseguita la tonsillotomia bilaterale col tonsillotomo del Fahnenstock una volta nell'ospedale di Milano dal dott. Lanza, una in quello di Piacenza dal dottore Orrù, una dal dott. Orlandi in quello di Verona, una dal dott. Michieli in quello di Udine, una dal dott. Fresa in quello di Ravenna, una dal dott. Baldassarre in quello di Chieti, una dal dott. Imbriaco in quello di Firenze, due dal dott. Silvestri nel medesimo ospedale, una dal dott. Bianchi in quello di Livorno, una dal dott. Vallicelli in quello di Perugia, ed una dal dott. D'Aiello in quello di Napoli. Totale 12 tonsillotomie.

Osteomieliti, carie e necrosi.

Anche queste malattie, come le linfadeniti, spesso hanno la causa occasionale nei traumatismi, ma l'esito finale è lo sviluppo d'una tubercolosi delle ossa.

Furono 630 quelle ammesse in cura, ed alcune costrinsero alle seguenti operazioni:

Nell'ospedale di Novara il dott. Cametti amputò un 1° metatarso, ed il dott. Ceino eseguì la resezione parziale del cubito con asportazione del pisiforme, e la disarticolazione dell'indice destro.

In quello di Alessandria il dott. Crema reseccò due costole cariate, un 1° metatarso destro, e disarticolò le ultime due falangi di un indice.

In quello di Milano il dott. Calegari eseguì la trapanazione, il vuotamento e la sequestrotomia della diafisi d'ambo le tibiae per osteomielite acuta, il vuotamento di un 3° metacarpo, la resezione di una costola e di una tibia all'istesso infermo, la resezione di una costola ad un altro, e la disarticolazione metatarso-falangea del 2° dito ad un altro, e nell'istesso ospedale

il dott. Lanza, per la rottura spontanea di un femore affetto da osteomielite, fece la resezione e sutura metallica dell'osso, e disarticolò l'ultima falange del pollice ad un altro infermo.

Nell'infermeria di Bergamo il dott. Zauchi disarticolò l'ultima falange del dito medio d'una mano.

Nell'ospedale di Genova il dott. Giuliani reseccò lo estremo inferiore di un cubito, ed il dott. Giuffrèdi asportò un 1° metatarseo; e quest'istessa operazione eseguì il dott. Micheli nell'ospedale di Udine, asportando anche l'alluce.

Nell'ospedale di Bologna il dott. Bonavoglia disarticolò un dito indice, in quello di Chieti il dott. Baldassarre enucleò l'ultima falange di un indice, ed in quello di Firenze il dott. Puglisi sgusciò un calcagno.

Nell'ospedale di Roma il dott. Persicetti disarticolò la 2° falange di un pollice, ed in quello di Perugia il dott. Vallicelli disarticolò la 3° di un anulare.

Nell'ospedale di Caserta il dott. Ballanza fece una resezione carpo-antibrachiale per carie, ed una resezione di costola, ed il dott. Gerundo una sequestrotomia del mascellare superiore.

Il dott. Abbate, all'ospedale di Messina, eseguì per osteomielite la disarticolazione del l'indice e la resezione del 3° metacarpeo in un infermo, e dove compiere in un altro l'amputazione della gamba per lo stesso processo morboso.

Così per carie, ne-rosi ed osteomieliti si eseguirono ne' diversi ospedali 26 piccole operazioni ed un'amputazione, senza dover deplorare decessi.

Morbi articolari

Neanche questi sfuggono alla taccia di morbi tubercolari riuestati da qualche traumatismo, ed anche su questi, come su quelli delle ossa, le inoculazioni sulle cavie potrebbero darci ampio schiarimento.

Nei semplici idrartri si usò largamente e con successo il massaggio, ma all'ospedale di Piacenza il dott. Baruffaldi ricorse una volta all'apertura e lavatura con acido fenico in una sinovite divenuta purulenta, il dott. Orlandi nell'ospedale di Verona dovè resecare il capo inferiore del radio per una sinovite radiocarpea, il dott. Polistena all'infermeria di Trapani si decise ad estrarre mediante il taglio un corpo mobile articolare, e nell'ospedale di Milano il dott. Calegari eseguì un'artrectomia del ginocchio. Ma in altri ospedali si dovè ricorrere ad amputazioni per artriti granulose. Così il dott. Guarneri eseguì un'amputazione di gamba nell'ospedale di Bari, il dott. Citanna una simile amputazione nell'ospedale di Catanzaro, il dott. Faleoni una terza amputazione di gamba nell'ospedale di Cagliari, ed amputarono la coscia il dott. Calegari nell'ospedale di Milano, ed il dott. Mezzadri nell'ospedale di Alessandria.

Nove operazioni eseguite nell'anno per morbi articolari, tutte seguite da guarigione.

Tumori.

L'età del nostro soldato non è quella che predispone alle neoplasie di rea natura, e se qualche asportazione di tali neoplasie si riscontra in questa rassegna, si può esser sicuri che la malattia alliggeva qualche ufficiale, o qualche sottufficiale anziano. Fra operazioni di tal genere è da notare un epiteloma della lingua, esportato dal dott. Bima nell'ospedale di Roma, in un ufficiale, che poi morì per riproduzione del neoplasma, ed un angioma cavernoso preporotideo operato nell'istesso ospedale dal dott. Caporaso.

Altro epiteloma del mascellare inferiore operò il dott. Calegari nell'ospedale di Milano, eseguendo in pari tempo l'osteotomia di parte della mandibola, ed un sar-

coma dello scroto operò nell'ospedale di Piacenza il dott. Giuffrèdi.

Il dott. Silvestri estirpò e legò due angiomi nell'ospedale di Firenze, il dott. Baldassarre nell'ospedale di Caieti estirpò un lipoma di discreta grandezza, ed un altro ne estirpò nell'ospedale di Novara il dott. Cametti, e due il dott. Giuffrèdi nell'ospedale di Piacenza.

Il dott. Carta, nell'ospedale di Torino, operò un cheloide della regione frontale, ed un gozzo cistico, altro cheloide il dott. Caccia ed altro il dott. Menniti nell'ospedale di Ancona: ed il dott. Cametti una cisti sierosa sottocioidea; ed il dott. Fresa nell'ospedale di Ravenna estirpò un fibro-mioma.

A parte questi tumori di qualche importanza, furono esportati:

Quattro cisti sebacee dal dott. Cametti nell'ospedale di Novara, sei dal dott. Calegari, ed una dal dott. Lanza nell'ospedale di Milano. Nell'ospedale di Savigliano estirpò due cisti della faccia il dott. Bruni, ed una dall'occipite il dott. Crema, ed in quello di Piacenza ne estirparono dalle diverse regioni del corpo una il dott. Fantoli, una il dott. Cattani, ed una il dott. Giuffrèdi.

Nell'ospedale di Parma estirpò tre cisti sebacee il dott. Cattani, e due ne estirpò nell'infermeria di Savona il dott. Astengo.

Nell'ospedale di Verona ne estirpò due il dott. Orlandi, in quello di Padova una il dott. Caradonna, ed in quello di Ume una il dott. Michieli. Quattro ne estirpò il dott. Fresa nell'ospedale di Ravenna, una il dott. Silvestri nell'ospedale di Firenze, ed una il dott. Marco-Giuseppe nell'infermeria di Siena.

Nell'ospedale di Perugia ne estirpò una il dott. Valicelli, in quello di Napoli una il dott. De Falco ed una il dott. D'Ajello, nell'infermeria di Gaeta due il dott. Saviano nell'ospedale di Bari due il dott. Guar-

nieri, in quello di Messina tre il dott. Carmo, e nell'infermeria di Trapani due il dott. Rameri.

Oltre a queste cisti sebacee di poca importanza, furono escissi due polipi rettali dal dott. Calegari, ed un polipo nasale dal dott. Lanza nell'ospedale di Milano; un fibro-mixoma naso-faringeo dal dott. Carabba nell'ospedale di Brescia, due polipi dal naso e due dalla gola dal dott. Giuffredì, mercè la galvano-caustica, nell'ospedale di Piacenza, un papilloma del palato dal dott. Pasquale nell'ospedale di Caserta, una ranula dal dott. Costa nell'ospedale di Venezia, ed una cisti ematica dal dott. Trovanelli nell'ospedale di Piacenza.

Un papilloma del calcagno asportò il dott. Cattani nell'ospedale di Piacenza, tre borse prerotulee il dottore Calegari nell'ospedale di Milano, un'altra il dottore Fresa nell'ospedale di Ravenna, ed un'altra il dott. Baldanza nell'ospedale di Caserta.

Nell'ospedale di Firenze asportò un osteoma il dottor Silvestri, due il dott. Puglisi, ed uno dalla tibia il dott. Carino nell'ospedale di Messina.

Furono inoltre estirpati due incomodi ganglii dal dorso della mano, uno nell'ospedale di Caserta dal dott. Baldanza; ed uno nell'ospedale di Messina dal dott. Carino.

Furono dunque eseguite 83 estirpazioni di tumori fra maligni e benigni ne' diversi luoghi di cura, e non si ebbe a deplorare che una recidiva seguita da morte.

Oculistica.

Questa branca, grazie alla scomparsa della congiuntivite tracomatosa dall'esercito, od almeno alla sua riduzione in minime proporzioni, per la breve ferma, per l'accurata scelta del soldato ai consigli di leva, e per le precauzioni igieniche in vigore, offre poco materiale all'attività operatoria, e solo si presta largamente per

l'applicazione terapeutica alla cura delle congiuntiviti catarrali, per la determinazione delle lesioni endoculari e de' vizi di refrazione, diretta all'eliminazione dalle file dell'esercito degli elementi meno validi.

Se si eccettua quindi qualche operazione di cataratta, qualche enucleazione od esenterazione oculare, delle quali si è già trattato nella categoria de' traumatismi che le resero necessarie, le altre operazioni riguardano, più che il globo oculare, i suoi annessi.

Si estirparono infatti due calazii ed uno pterigio nell'ospedale di Napoli dal dott. De Falco, il quale operò anche una tenotomia per strabismo convergente, ed una stricturotomia del canal lagrimale.

Nell'ospedale di Torino il dott. Carta ebbe occasione di fare, per due dacryo-cistiti, la spaccatura dei punti lacrimali, il sondaggio de' condotti, ed il lavaggio.

Nell'ospedale di Piacenza enucleò un calazio il dott. Franceschi, un altro ne escisse il dott. Orlandi nell'ospedale di Verona; lo stesso dott. Orlandi estirpò uno pterigio, ed un altro ne asportò il dott. Selicorni nell'ospedale di Parma.

Il dott. Lucciola nell'ospedale di Palermo eseguì una blefaro-plastica per retrazione cicatriziale della palpebra inferiore.

In totale 12 piccole operazioni sugli annessi oculari.

Malattie dell'orecchio.

Le otiti raggiunsero la cospicua cifra di 1615, come può vedersi dalla statistica, e furono conseguenza di azioni perfrigeranti o di malattie infettive. Però, se dettero largo campo ad escogitazione di rimedi per frenare le recidivanti otorree, non offrirono che poco materiale di operazioni chirurgiche.

Nell'ospedale di Torino il dott. Maccagno eseguì la trapanazione del processo mastoideo, e l'infermo guarì;

ed il dott. Carta la esegui sei volte nell'istesso ospedale, ma uno degli infermi morì di meningite; ed un infausto successo ebbe il dott. Giuliani nell'ospedale di Genova sui due infermi che operò; e nell'ospedale di Alessandria, in un soldato venuto a morte qualche tempo dopo la trapanazione dell'apofisi mastoidea, si rinvenne un ascesso cerebrale; e nell'ospedale di Bologna il dott. Saggini, per otite media, dovè eseguire la resezione di un temporale cariato, anche con esito infausto.

Altre trapanazioni eseguirono il dott. Vigno in un infermo nell'infermeria di Fenestrelle, il dott. Calegari in sei infermi dell'ospedale di Milano, il dott. Ostino in un ammalato nell'ospedale di Padova.

Su 14 operati col metodo di Stake si ebbero dunque 4 decessi.

Nell'ospedale di Napoli il dott. De Falco esegui una miringotomia con buon successo, ed estirpò un polipo dall'orecchio. Altri due polipi dall'orecchio estirpò il dott. Baldanza nell'ospedale militare di Caserta, ed un altro il dott. Puglisi nell'ospedale militare di Firenze.

In tutto 19 operazioni sull'orecchio.

Tracheotomie

Furono due sole, seguite entrambe da morte.

Una fu eseguita dal dott. Adelasio nell'ospedale di Ancona per minacciante asfissia, l'altra dal compianto dott. Strati nell'ospedale di Alessandria per difterite.

Cura dell'empima

Oltre a molte toracotomie per l'applicazione del drenaggio, piccola operazione che nei giovani conduce quasi sempre a guarigione, furono fatte quattro resezioni di costole all'Estlander nell'ospedale di Torino dal dottor Carta, una all'infermeria di Novi Ligure dal dott. No-

dari, una dal dott. Lanza nell'ospedale di Milano, una dal dott. Barbatelli nell'ospedale di Bologna, ed una dal dott. Persichetti nell'ospedale di Roma: 8 in tutte.

Operazioni sull'addome.

Oltre alle laparotomie eseguite per ferite addominali, riescite tutte a esito infausto, ne eseguì una il dottor Calegari nell'ospedale di Milano per peritonite tuberculare, ed ottenne la guarigione dell'infermo.

Due operazioni sul fegato hanno dato nell'anno splendido risultato. Erano due grandi cisti da echinococco, e furono esportate col processo di Volkmann in due tempi, una dal dott. Caporaso nell'ospedale di Roma, una dal dott. Carino nell'ospedale militare di Messina.

Sono tre laparotomie a pareti addominali sane, coronate dal successo, e quattro eseguite per ferita, con tutte le possibili precauzioni, con grande perizia degli operatori, e finite con la morte. Che dire di quella che si aspira a fare sul campo di battaglia?

Ernie

Ma le operazioni che dettero il più brillante risultato, grazie agli studi del prof. Bassini di Padova, furono quelle dirette alla cura radicale delle ernie.

La maggior parte erano ernie inguinali, destre 196, sinistre 95. Oltre a queste si operarono 4 ernie inguinali destre recidive col metodo Postempsky, delle quali in due si eseguì l'anestesia cocainica, avendo gl'infermi rifiutato il cloroformio. Fra queste, due ernie inguinali erano complicate ad idrocele comunicante, una destra, l'altra sinistra; 14 erano bilaterali, tre ernie inguinali strozzate, 2 ernie della linea alba, e 6 ernie crurali.

In tutte queste 320 operazioni d'ernie si ottenne completa guarigione in un tempo che oscillò fra i 12 ed i 60 giorni, meno in un'ernia strozzata, ma siccome

molti mandarono in licenza i loro operati appena ottenuta la cicatrizzazione, e molti preferirono di tenerli all'ospedale sotto la loro osservazione fin che non fossero in grado di riprender servizio, dal tempo di permanenza nell'ospedale non si può giudicare della rapidità della guarigione.

Dalla prima operazione, eseguita dal capitano medico Bonomo, nel 1892 fino al principio del 1896, le operazioni per la cura radicale dell'ernia erano state 267, e quasi tutte su sottufficiali, guardie di finanza e guardie di pubblica sicurezza, costretti od a lasciarsi operare, od a lasciare il servizio che per essi era un mezzo di vita. Ora, in un anno, si sono eseguite 320 operazioni, la maggior parte su soldati, i quali aspiravano di tornare alle case loro dopo ultimato il servizio, e non avevano più fretta di essere riformati, pur di essere liberati da un incomodo umiliante. Sia lode ai nostri medici militari, che popolarizzando questa operazione, han reso un gran beneficio alle classi lavoratrici, restituendo ai campi ed alle officine individui atti al lavoro.

Ecco l'esposizione sommaria degli operatori, e degli ospedali ne' quali furono eseguite le operazioni.

		ERNIE						
OSPEDALI	OPERATORI	Inguinali				Crurali	Addominali	Totale
		Unilaterali	Doppie	Strazate	Reclive			
Torino . . .	Boccia . . .	7	—	—	—	—	—	7
	Carta . . .	38	1	—	—	1	—	40
Novara . . .	Cametti . . .	6	—	—	—	—	—	6
	Ceino . . .	1	—	—	—	—	—	1
Alessandria	Bobbio . . .	2	—	—	—	—	—	2
	Giani . . .	5	—	—	—	—	—	5
Milano . . .	Callegari . .	22	5	—	1	—	1	29
	Lanza . . .	15	1	—	—	—	—	16
Brescia . . .	Pimpinelli . .	13	—	—	—	—	—	13
Genova . . .	Giuliani . . .	6	—	—	—	—	—	6
	Trovaneili . .	3	—	—	—	—	—	3
Piacenza . .	Baruffaldi . .	4	—	—	—	—	—	4
	Giuffredi . . .	4	—	—	—	—	—	4
	Orru . . .	1	—	—	—	—	—	1
	Orrù Trovanelli	—	1	—	—	—	—	1
Cremona . . .	Bisceglie . . .	1	—	—	—	—	—	1
Verona . . .	Orlandi . . .	2	—	—	—	—	—	2
	Caradonna . .	3	—	—	—	—	—	3
Padova . . .	Carratù . . .	1	—	—	—	—	—	1
	Sforza . . .	4	—	—	—	—	—	4
	Calore . . .	3	—	—	—	—	—	3
Bologna . . .	Barbatelli . .	16	—	—	—	—	—	16
	Bonavoglia . .	1	—	—	—	—	—	1
	Caccia . . .	6	—	—	—	—	—	6
Ancona . . .	Menniti . . .	4	—	—	—	—	—	4
	Barletta . . .	1	—	—	—	—	—	1
	De Roberto . .	—	—	—	—	1	—	1
Chieti . . .	Baldassarre . .	2	—	—	—	—	—	2
Firenze . . .	Silvestri . . .	15	1	—	—	—	—	16
	Puglisi . . .	9	—	—	—	—	—	9
	Imbriaco . . .	1	—	—	—	—	—	1

		ERNIE						
		Inguinali						
OSPEDALI	OPERATORI	Unilaterali	Doppie	Strozzate	Recidive	Crurali	Addominali	TOTALE
Livorno . .	Bianchi . . .	1	—	—	—	—	—	1
	Caporaso . . .	8	—	—	—	1	—	9
	Ferrero di Cavallerleone . .	5	—	—	—	—	—	5
	Persichetti . .	4	—	—	—	—	—	4
Roma . . .	Corbi	13	—	—	—	—	—	13
	Ferrero-Rizzo . .	—	1	—	—	—	—	1
	Caporaso-Bima . .	—	1	—	—	—	—	1
	Ferrero-Corbi . .	—	2	—	—	—	—	2
	Fraschetti . . .	—	1	—	—	—	—	1
Cagliari . .	Pabis	4	—	—	—	—	—	4
	Falconi	3	—	—	—	—	—	3
	Verdura	1	—	—	—	—	—	1
Napoli . . .	Parisi	1	—	—	—	—	—	1
	D'Ajello	3	—	—	—	—	—	3
	De Falco	4	—	—	—	—	—	4
Caserta . .	Baidanza	10	—	1	1	1	—	13
	Gerundo	2	—	1	2	—	—	5
Salerno . . .	Cervasio	1	—	—	—	—	—	1
	Pasquale	1	—	—	—	—	—	1
	Scumbata	1	—	—	—	—	—	1
Bari	Guarnieri	6	—	—	—	1	1	8
	Videtta	1	—	—	—	—	—	1
Palermo . . .	Neviani	—	—	(1) 1	—	—	—	1
	Ceno	(2) 18	—	—	—	6	—	19
Messina . . .	Minici	4	—	—	—	—	—	4
	Abbate	7	—	—	—	—	—	7
TOTALI . . .		291	14	3	4	6	2	320

(1) Operato di ernia strozzata, morì poi per perforazione intestinale

(2) Il dott. Celino nelle operazioni d'ernie inguinali usò una volta il processo Tansini, un'altra volta il processo Bottini

Nelle ernie crurali il dott. Carta usò una volta il processo Kocher, il dottor Caporaso il processo Ruggi, e lo stesso processo adoperò il dott. Guarnieri.

Emorroidi

Quantunque nei giovani questa imperfezione raramente giunga al punto da richiedere operazioni cruente, pure ne furono eseguite alcune negli ospedali militari, dove ricoverano anche individui di età avanzata, ufficiali, sottufficiali, guardie carcerarie e guardie di finanza.

Vari metodi furono eseguiti. Così il dott. Carta, nell'ospedale di Torino, fece due volte l'escissione del cerchio emorroidario previa dissezione della mucosa, suturando poscia la mucosa con la cute, ed una volta asportò le emorroidi col termocauterio. Nell'ospedale di Milano il dott. Calegari fece l'escissione una volta col processo di Whitehead, ed in quello di Brescia il dott. Pimpinelli eseguì l'estirpazione col termocauterio.

Parimenti adoperarono l'escissione e sutura una volta il dott. Giuffrè ed una volta il dott. Baruffaldi nell'ospedale di Piacenza, una volta il dott. Silvestri nell'ospedale di Firenze, ed una volta il dott. Corbi nello ospedale di Roma, adoperarono il termocauterio ciascuno in un caso il dott. Caradonna nell'ospedale di Padova, il dott. Caccia nell'ospedale di Ancona ed il dott. Ballassarre nell'ospedale di Chieti, ed usò due volte la legatura elastica il dott. Orlandi nell'ospedale di Verona.

Le estirpazioni di emorroidi furono fra tutte 14 eseguite con questi tre metodi.

Fistole anali

Anche per questa operazione furono seguiti diversi metodi. La semplice spaccatura, raschiatura e lo zaffamento furono eseguiti due volte dal dott. Carta nell'ospedale di Torino, quattro volte dal dott. Cametti

e due volte dal dott. Ceino nell'ospedale di Novara, una volta dal dott. Giuliani nell'ospedale di Genova, in un malato di tubercolosi, che morì di quest'ultima malattia, tre volte dal dott. Fresa nell'ospedale di Ravenna, due volte dal dott. Menniti nell'ospedale di Ancona, due volte dal dott. Ballassarre nell'ospedale di Chieti, quattro volte dal dott. Silvestri e quattro dal dott. Puglisi nell'ospedale di Firenze, una volta dal dott. Citanna nell'ospedale di Catanzaro, e tre volte dal dott. Abbate nell'ospedale di Messina.

Eseguirono invece l'escissione di tutto il letto fistoloso e la sutura de' margini tre volte il dott. Lanza e 5 volte il dott. Calegari nell'ospedale di Milano, fece la cauterizzazione col termocauterio previa incisione il dott. Bussone-Chiattone una volta nell'ospedale di Livorno, ed adoperò una volta la legatura elastica il dott. Parisi nell'ospedale di Napoli.

In tutto 42 operazioni di fistole anali nell'anno.

Malattie delle vie urinarie.

Queste vie non rimasero intente durante l'anno, giacchè molti soldati, dopo iterate blenorragie, ricorrono agli ospedali per stringimenti uretrali. Quantunque nel maggior numero de' casi si trionfi dello stringimento mercè la dilatazione graduale, pure si dovè ricorrere più volte ad atti operativi più violenti.

Ed infatti il dott. Fresa nell'ospedale di Ravenna usò due volte il divulsore uretrale di Thompson, il dott. Menniti nell'ospedale di Ancona usò una volta quello di Montenovesi. Lo stesso divulsore usarono una volta il dott. Bianchi ed una volta il dott. Bussone-Chiattone nell'ospedale di Livorno, ed usarono il divulsore Corradi nell'ospedale di Firenze una volta il dott. Silvestri, e tre volte il dott. Puglisi.

Ricorsero all'uretrotomia interna con l'uretrotomo del Maisonneuve due volte il dott. Calegari nell'ospedale di Milano, una volta il dott. De Giacomo nell'ospedale di Genova, una volta il dott. Bima nell'ospedale di Roma, ed una volta il dott. Gerundo nell'ospedale di Caserta.

Nell'ospedale di Ancona il dott. Menniti cruentò e suturò con buon risultato una fistola uretrale, ed in un caso molto grave il dott. De Falco eseguì nell'ospedale di Napoli l'uretrotomia esterna, ma l'infermo morì per infiltrazione orinosa.

Furono eseguite con buon esito due cistotomie soprapubiche dal dott. Cametti nell'ospedale di Novara, ed una dal dott. Caporaso nell'ospedale di Roma, in tutto 19 operazioni sulle vie urinarie.

Cura della fimosi congenita.

Non senza ragione i primi legislatori dell'umanità prescrissero la circoncisione di ogni maschio. La fimosi congenita produce sovente degli inconvenienti, ad evitare i quali il dott. Lanza ricorse tre volte al taglio dorsale del prepuzio nell'ospedale di Milano, il dottor Zanchi vi ricorse una volta nell'infermeria presidiaria di Bergamo, una volta il dott. Caradonna nell'ospedale di Padova, una volta il dott. Barbatelli nell'ospedale di Bologna ed una volta il dott. Saggini; due volte il dott. Baldassarre nell'ospedale di Chieti, ed una volta il dott. D'Angelantonio nell'infermeria presidiaria di Aquila.

Eseguirono la circoncisione due volte il dott. Pimpinelli nell'ospedale di Brescia, una volta il dott. Giuffrè ed una volta il dott. Orrù nell'ospedale di Piacenza, una volta il dott. Lucciola nell'ospedale di Padova, una volta il dott. Michieli in quello di Udine, tre volte il dott. Silvestri, una volta il dott. Serbolisca

e due volte il dott. Pughesi in quello di Firenze, una volta il dott. Persichetti in quello di Roma, tre volte il dott. Vallicelli in quello di Perugia, ed una volta il dott. Carino in quello di Messina.

Il dott. Menniti eseguì quattro volte nell'ospedale di Ancona l'escissione del prepuzio alla Roser, ed una volta la eseguì nell'ospedale di Milano il dott. Calegari per elefantiasi del prepuzio. In tutto 32 di queste piccole operazioni compiute senza inconvenienti.

Chirurgia del testicolo

Sono molteplici le malattie che attingono nella gioventù quest'organo della generazione, senza parlare delle orchiti blenorragiche e sifilitiche, le quali non richiedono atti operativi.

Una cisti della vaginale del testicolo ed un'altra della testa dell'epididimo furono asportate con consecutiva sutura dal dott. Carta nell'ospedale di Torino. Fu usata la puntura e l'iniezione di tintura di iodio nell'idrocele due volte dal dott. Calegari nell'ospedale di Milano, una volta dal dott. Fresa nell'ospedale di Ravenna, una volta dal dott. Baldassarre nell'ospedale di Chieti, una volta dal dott. Pughesi nell'ospedale di Firenze. Per questa stessa imperfezione fisica usò una volta il metodo di Julhard il dott. Carino nell'ospedale di Messina, il metodo di Volkmann il dott. Natoli nell'ospedale di Palermo una volta, tre volte il dott. Calegari nell'ospedale di Milano, una volta in un idrocele bilaterale il dott. Pimpinelli nell'ospedale di Brescia, una volta il dott. Giuffrèdi nell'ospedale di Piacenza, una volta il dott. Busceglie nell'infermeria di Cremona, una volta il dott. Ostino nell'ospedale di Udine, una volta il dott. Corbi nell'ospedale di Roma, ed il dottor Menniti nell'ospedale di Ancona adoperò una volta il metodo Quattrococchi.

Per l'operazione del varicocele il dott. Cametti nell'ospedale di Novara usò due volte il processo Parella, ed una volta quello di Tillaux. Il dott. Calegari nell'ospedale di Milano eseguì una volta la legatura ed escissione delle vene, e nell'istesso modo si regolò per due casi il dott. Pimpinelli nell'ospedale di Brescia, come fece due volte il dott. Persichetti nell'ospedale di Roma per varicocele doppio, una volta per varicocele sinistro, e come fecero nel medesimo ospedale due volte il dott. Corbi ed una volta il dott. Bima.

Eseguì tre volte il metodo di Celso il dott. De Falco nell'ospedale di Napoli, ed una volta il dott. Minieri nell'ospedale di Messina; ed il dott. Lucciola nell'ospedale di Padova ricorse al processo Volkmann una volta, come fece una volta il dott. Natoli nell'ospedale di Palermo.

Per l'orchite tubercolare doppia il dott. Calegari eseguì nell'ospedale di Milano la recisione totale d'ambo gli epididimi, ed in tre orchiti unilaterali della stessa specie eseguì l'emicastrazione. Altra emicastrazione per tubercolosi eseguì nell'ospedale di Brescia il dott. Pimpinelli, altra nell'ospedale di Genova il dott. Giuliani, altra nell'ospedale di Udine il dott. Sullotti; due ne eseguì il dott. Baldanza e tre il dott. Gerundo nell'ospedale di Caserta, una il dott. Natoli nell'ospedale di Palermo, una il dott. Carino nell'ospedale di Messina, ed una il dott. Cametti nell'ospedale di Novara.

Così furono eseguite 51 operazioni sui testicoli.

Operazioni varie.

Non trovano posto fra la serie di operazioni su riferite tre ernie muscolari operate una dal dott. Caporaso, l'altra dal dott. Bima nell'ospedale di Roma, ed una terza dal dott. Calegari nell'ospedale di Milano. Così pure nell'ospedale di Novara il dott. Cametti

asportò una parte del retto anteriore della coscia ossificata; il dott. Caporaso nell'ospedale di Roma per una retrazione cicatriziale eseguì la tenotomia del flessore dell'indice, ed il dott. Valicelli in quello di Perugia per altra cicatrice sulla mano ricorse ad un'operazione di plastica.

Nell'ospedale di Piacenza il dott. Giuffrè li aprì, indi suturò l'aponeurosi del ginocchio per estrarre un lungo ago che accidentalmente vi si era inteso, e l' il dott. Callegari nell'ospedale di Milano rese in più punti una safena varicosa.

Altre 8 operazioni, che unite alle precedenti formano il cospicuo numero di 864, oltre alle riduzioni di lussazioni ed alla cura delle fratture, operazioni eseguite nell'anno da 99 medici militari.

Non ci resta che ad augurare all'esercito un aumento progressivo dell'attività chirurgica de' nostri colleghi, affinché ogni soldato che durante la vita militare riportò un traumatismo o contrasse un'imperfezione, possa tornare al focolare domestico dopo aver fruito di tutti i benefici che la scienza continuamente escogita, ed affinché, nel caso di una guerra, si abbia alla mano un numero di scelti operatori, ai quali si possano affidare gli ospedali da campo e le sezioni di sanità delle armate.

RIVISTA MEDICA

MARCHETTI — **Sulla percentuale di azoto dell'albumina urinaria** — (*La Settimana medica*, 5 agosto 1899).

La totalità delle albumine urinarie è costituita, nella generalità dei casi, dalle sole sieroalbumina e sieroglobulina.

Non vennero ancora dimostrate con certezza delle differenze fra le albumine del siero e l'albumina brigantica dal punto di vista delle proprietà chimiche.

Le sieroalbumine e le sieroglobuline non sembrano essere rispettivamente due corpi unici, ma risulterebbero da più corpi aventi caratteri molto simili. Infatti per mezzo della coagulazione frazionata col calore si può separare la serina in tre corpi albuminoidi i quali coagulano a temperature diverse, come anche è da ricordarsi che l'alcool trasforma in parte le serine in globuline se la sua azione non si prolunga molto, e se non si fa agire il calore.

Riguardo al significato fisiologico, si ammette generalmente che le serine rappresentino l'elemento istogenetico per eccellenza, l'elemento anabolico del plasma, e che le globuline invece sieno il risultato della disorganizzazione degli elementi morfologici dei tessuti, costituiscono cioè l'elemento catabolico del plasma. Al rapporto $\frac{\text{sieroalbumina}}{\text{sieroglobulina}}$ Hoffmann ha dato il nome di **quoziente albuminoso**.

È naturale quindi che si sia cercato di studiare i rapporti in cui le due sostanze costitutive dell'albumina del siero sono contenute nell'urina nelle varie malattie legate ad albuminuria. Si hanno infatti ricerche in proposito dell'Hoffmann, dello Iaccoud, le quali portarono a conclusioni esagerate, mentre le più recenti di Csátery, Lecorché e Talamon dimostrarono che il quoziente albuminoso è estremamente variabile nell'urina brigantica.

Le ricerche dell'autore furono rivolte a vedere se la perdita in azoto dei nefritici, per il fatto dell'albuminuria (seri-noglobulinuria) sia sempre costante, oppure se si abbiano differenze in rapporto alla differente proporzione nelle urine tra globulina e serina, venendosi così anche a stabilire il tasso azotico della sieroglobulina e della sieralbumina urinaria.

Si determinò quindi dapprima l'azoto dell'albumina totale, poi separatamente quello della serina e quello della globulina, operando su nefritici affetti da forme più o meno acute, più o meno croniche, e sottoponendo gli animali a condizioni diverse (digiuno, lavoro, riposo, ecc.)

Raccolta l'albumina, e portata all'essiccazione, se ne prendeva una quantità fissa pesata colla massima precisione, e se ne determinava l'azoto col classico metodo di Kjeldahl-Wilfarth modificato da l'Argutinski. Per la separazione delle due sostanze albuminoidi fu adottato e il metodo di Hammarsten modificato da Ott, e il metodo di Rea.

Le osservazioni si riferiscono a 10 animali, cioè a otto forme di nefrite albuminosa cronica, a due di nefrite albuminosa acuta. Costantemente in tutti i nefritici, sia che l'esame fosse portato sull'albumina totale o separatamente sulla serina e globulina, si ebbe un identico tasso azotico albuminoido, e cioè una percentuale di N. $15,880 = 15,881$.

Risulterebbe da queste analisi che la composizione centesimale della sieralbumina e della sieroglobulina umana è identica per entrambe, almeno riguardo all'azoto. Quindi l'importanza prognostica del rapporto tra globulina e serina nell'urina dei nefritici decantata da alcuni, e specialmente dall'Hoffmann, ma negata dalla maggioranza degli autori, perderebbe valore anche pel fatto che la perdita in azoto del nefritico è sempre uguale

te

REYMOND — **Neurite apoplettiforme** — (*Journ. de m. l. c. et de chirurg. prat.*, 10 agosto 1899).

Si tratta di un caso interessante osservato all'ospizio della Salpêtrière e manifestatosi nel seguente modo. Un uomo di 42 anni essendo occupato a sollevare un forte peso, nel fare un violento sforzo per sostenersi, essendogli mancato il piede sinistro, provò un vivo dolore alla natica corrispondente. Nel

giorni seguenti la gamba si fece pesante e a poco a poco putrefatta, e cinque o sei giorni dopo, quando furono scomparsi i fenomeni di torosi, si manifestò un certo grado di impotenza funzionale. L'esame mostrò allora che si trattava di una paralisi degli estensori con un leggero grado di atrofia, mentre i muscoli della regione posteriore avevano conservato tutta la loro azione.

Nell'estensione forzata della gamba si determinava un dolore assai vivo sul tragitto dello scutico che presentava inoltre diversi punti dolorosi, specialmente alla sua uscita dal bacino e al cavo popliteo. Trattavasi adunque di una neurite la quale rientrava nella categoria delle neuriti a inizio apoplettiforme, denominazione però che sta ad indicare la subitanità dell'inizio, non la natura emorragica della lesione.

E da osservarsi però che l'apoplessia vera può esistere, ed in casi analoghi, è verosimile che sotto l'influenza dello sforzo violento si faccia una lacerazione limitata e un poco di emorragia localizzata sul tragitto del nervo.

Il modo di insorgere di questa forma di neurite deve essere ben conosciuto dal medico, giacché la sua insorgenza così brusca potrà far commettere facilmente un errore di interpretazione.

te.

II HILIER — **Sull'azione riduttrice dell'urina.** — (*Gazette des hopitaux*, 13 luglio 1899).

Le urine sono i luttrei. Questa proprietà che è appena segnalata nei migliori trattati, ha una grande importanza tanto per il medico che per il fisiologo, giacché serve a svelare le estrazioni incomplete avvenute nell'economia. Misurando quello che può ancora bruciare, si ha per mezzo di questa misura la quantità di quello che è già stato ossidato.

Il metodo da impiegarsi è il seguente: Si aggiungono 10 centimetri cubi dell'urina con 10 centimetri cubi di acido solforico concentrato. Vi si lascia cadere fino a colorazione rosea permanente, una soluzione contenente grammi 6,36 di permanganato di potassa per litro, e si legge il numero *n* di centimetri cubi impiegati. Questo numero rappresenterebbe il potere riduttore dell'urina se la concentrazione dell'urina fosse normale, considerando come concentrazione normale quella di un'urina contenente grammi 20 di urea per litro.

Siccome l'urina presa in esame contiene solamente m grammi di urea per litro, il potere riduttore sarà dato dalla formola:

$$P = 20 \times \frac{n}{m}.$$

Questo potere riduttore rappresenta dunque un certo numero di centimetri cubici di permanganato, e la sua misurazione richiede due operazioni: 1° un dosaggio volumetrico, 2° un dosaggio d'urea, operazioni che possono essere fatte al letto dell'ammalato.

Esaminando con questo metodo, sotto il punto di vista del potere riduttore, le urine di persone sane, si trovano sempre dei numeri compresi fra 12,5 e 15. Se si studiano invece, sotto questo medesimo punto di vista, le urine patologiche, si vedrà che esse possono dividersi in due gruppi: quelle più riduttrici della normale, e quelle meno.

Nel primo gruppo si comprendono le urine della maggior parte delle malattie croniche, molli, il reumatismo articolare acuto e subacuto, il morbo di Bright, la colica nefritica, l'insufficienza aortica, la cirrosi epatica, l'isterismo.

Nel secondo gruppo si comprendono le urine dei pleurici, e dei pneumonici. In un caso di fatica acuta si ebbe una cifra di 7,3.

Non bisogna credere però che per ciascuna malattia il potere riduttore sia caratterizzato da un numero quasi fisso; questo potere varia secondo il grado della malattia e può servire, come il termometro, a caratterizzarne l'andamento.

te.

C. NABB. — Il siero antistreptococcico nella meningite cerebro-spinale. — (*New York Medical Journal*, aprile 1899).

L'argomento offre un particolare interesse per il medico militare, al quale, purtroppo, più facilmente che agli altri occorrono casi della terribile malattia. In parecchi soggetti colpiti da meningite cerebro-spinale l'autore ha sperimentato le iniezioni di siero antistreptococcico, e con grandissimo vantaggio. Egli non sa dissimularsi che i benefici osservati possano anche essere ritenuti una mera coincidenza, indipendenti quindi dall'uso del siero, ma la sua convinzione è manifestamente contraria a tali supposizioni, imperocché in tanti altri casi curati precedentemente con trattamento diverso, non ha mai osservato nulla di simile.

Dall'esame accurato dei casi ch'egli descrive dovrebbero inferirne che il siero antistreptococcico abbia un deciso effetto stimolante sui nervi cerebrali, nel coma meningitico, producendo gli stessi effetti che seguono ad una ipodermoclisi calda salata, che con tutta probabilità aumenti la fagocitosi, e per quella via produca un qualche effetto antidotico sul diplococco intracellulare, che prevenga l'infezione purulenta degli essudati e conseguentemente diminuisca i pericoli in quei casi, nei quali i pazienti sopravvivono durante i primi 3 o 4 giorni.

Le osservazioni critiche di questo coscienzioso osservatore, il quale cerca di mantenersi ugualmente lontano da uno sconfinato ottimismo, come da un ingiustificato sconcerto, fanno concepire la speranza che possa essere prodotto un siero antidiplococcico, il quale abbia un sicuro effetto sulla toxemia meningitica e che l'effetto secondario di questo siero possa aiutare, dopo il secondo giorno, a prevenire l'infezione streptococcica degli essudati.

Possano tali speranze divenire sollecitamente una reale conquista della moderna terapia! cf.

CAZAL. — Sulla diagnosi precoce del morbillo. — (*Gazette des Hôpitaux*, 22 agosto 1899).

Si credeva una volta che il morbillo non fosse contagioso che al momento dell'eruzione e della desquamazione. Se così fosse, essendo a questo periodo il diagnostico il più delle volte assai facile, la profilassi sarebbe ben semplificata.

Sappiamo al contrario che è soprattutto nel periodo di invasione che il morbillo è contagioso. Il contagio risiede specialmente nella secrezione delle mucose molto più che nei profolti dell'esantema. Il momento più pericoloso sarebbe, secondo Bard, nell'epoca prodromica dell'eruzione allorquando i fenomeni catarrali sono molto apperiscenti. La contagiosità diminuisce a poco a poco per scomparire col periodo eruttivo. Durante la desquamazione ogni pericolo di contagio è scomparso.

È dunque della più alta importanza il poter sorprendere lo sviluppo del morbillo subito al principio del periodo d'invasione, vale a dire saper distinguere un comune raffreddore da una corizza e da una congiuntivite premonitorie del morbillo.

Esistono frattanto parecchi segni i quali contemporaneamente ai fenomeni infiammatori della laringe, del naso e degli occhi, possono fare affermare l'invasione del morbillo.

La mucosa della bocca, il velopendolo, la mucosa faringea sono rosse, tumefatte; le gengive specialmente sono gonfie, spesso ricoperte da un intonaco poltaceo facilmente distaccabile. Questa *stomatite eritemato-poltacea* segnalata da Comby è quasi costante.

Il velopendolo presenta spesso, uno o due giorni prima dell'eruzione, un eritema a macchie, un *punteggiamento rosso* che secondo Silvestri e d'Espine è caratteristico del morbillo.

Un altro segno ancor più importante è dato dalle *macchie di Koplik*, esantema boccale costituito da efflorescenze bianco-bluestre di 2 a 6 millimetri di diametro e contornate da una aureola infiammatoria, le quali cominciano generalmente tre giorni prima dell'eruzione, e si localizzano alla superficie interna delle gote e delle labbra.

Un altro segno precoce sarebbe dato da un *fremito peritoneale* dovuta al fatto che anche il peritoneo prende parte, secondo alcuni, all'esantema.

Finalmente Combe in un notevole studio sul proposito, esaminando le modificazioni del sangue, ha potuto dimostrare che, nel periodo d'incubazione, i morbillosi presentano un'iperleucocitosi considerevole, la quale compare 4 o 5 giorni prima dell'esantema alla quale poi si sostituisce gradatamente lungo il corso della malattia una manifesta ipoleucocitosi. Questa iperleucocitosi non è speciale al morbillo; ma ciò che le è speciale, è che essa apparisce nel periodo d'incubazione senza alcun sintomo morboso, mentre che nelle altre malattie essa esiste nel periodo di stato accompagnata da tutti gli altri sintomi caratteristici di queste affezioni.

te.

SALAGHI. — Termoforo elettrico per applicazioni locali del calore. — (*La Settimana medica*, 29 luglio 1899).

L'autore fin dal 1893 pensò di utilizzare per le applicazioni locali del calore gli effetti calorifici prodotti dalla elettricità usufruendo degli impianti fatti per la illuminazione elettrica. come ad es. nel caso di un'ordinaria lampada ad incandescenza. La sorgente elettrica del calore, quando possa aversi

comodamente e a buon mercato come nella suddetta circostanza, offre infatti molti vantaggi in confronto agli altri metodi di riscaldamento locale; localizzazione precisa, facile regolazione dell'effetto termico, rapidità di applicazione, esilità e pieghevolezza delle vie di conduzione dell'energia, possibilità di una graduazione estesa, vantaggio di eseguire le manovre a distanza dall'ammalato, tendenza quasi naturale dei congegni elettrici al funzionamento automatico, costanza e durata infinita della loro azione, piccolo volume e pieghevolezza di un congegno elettrico per cui l'ammalato conserva la libertà dei movimenti.

La parte principale del nuovo termoforo locale è costituita da alcuni pezzi di panno bianco, della grossezza di millimetri 2, dai quali, durante la funzione, si sprigiona il calore. Essi sono di stoffa morbida, vellutata, e per la loro pieghevolezza si adattano alle varie regioni del corpo, sono inoltre muniti di nastri. Completano l'apparecchio un graduatore della corrente e alcuni conduttori pieghevoli.

Per usare l'apparecchio non si fa che distendere uno dei panni sulla parte, meglio al disopra della biancheria che a pelle nuda, e fermarlo coi suoi nastri, cuoprendo poi il tutto cogli abiti, o in altro modo qualsiasi, per evitare una soverchia dispersione di calore. Messi a posto i conduttori di collegamento, uno fra la sorgente calorifica, un'ordinaria lampada elettrica ad es., e il graduatore, l'altro fra il graduatore ed il panno, mediante il graduatore si porta lo svolgimento del calore al grado richiesto. In questo modo il congegno va da sé, e non ha bisogno di essere tenuto d'occhio lo svolgimento del calore e continuarlo costante fino a che non venga cambiata la graduazione.

Regolando opportunamente le dispersioni del calore, colla graduazione massima la temperatura fra il panno e la pelle può elevarsi in media fino a 50° — 55° C. Nelle applicazioni prolungate o permanenti, che solo con questo termoforo sono possibili, giovera tenersi di preferenza alle graduazioni medie dell'istrumento, andando alle temperature estreme solo in casi speciali.

Quanto alla conformazione interna, gli elementi calorifici, a forma ovale e a forma di fascia, constano di due strati di tela d'amianto tra i quali si trova una treccia pieghevole composta di sottilissimi fili metallici, la quale si svolge in giri paralleli. Per le note proprietà della corrente elettrica, solo

la treccia, come più resistente, si riscalda durante il passaggio della corrente, mentre i conduttori esterni per la loro piccola resistenza, non presentano cambiamenti notevoli di temperatura; il calore quindi si svolge tutto fra il panno e la pelle avendosi così un'ottima localizzazione. *te*

M. POTAIN. — Sopra un'aortite acuta d'origine malarica.
— (*Bulletin de l'Academ. de medec.*, 25 luglio 1899).

In seguito all'osservazione di un ammalato ricoverato nello spedale della Charite, l'autore viene alle seguenti conclusioni pratiche:

L'aorta può essere lesa per l'infezione malarica;

Questa lesione può manifestarsi clinicamente con un ampliamento del vaso facilmente constatabile a livello dell'arco dell'aorta;

La forma patologica sembra analoga alle aortiti leggieri che si riscontrano durante il corso, o come lesione consecutiva a diverse malattie infettive;

È da ammettersi un'aortite acuta transitoria d'origine malarica. *te.*

A. TAIDELLI (della clinica di Padova). — Soffi cardiopolmonari. — (*Rivista veneta di scienze mediche*, luglio 1899).

L'A. conclude col dichiarare che i soffi cardio polmonari sono ben lungi dall'essere *frequenti*, come afferma il Potain. L'importanza genetica evidentemente spetta per la maggior parte alla disposizione anatomica del polmone e del cuore, perchè nessuna causa fisiologica e patologica, eccettuata alcune alterazioni del polmone, può provocare per se stessa un soffio cardiopolmonare. Tanto è vero che si possono avere individui in preda alle emozioni più forti, e a malattie infettive gravi e leggieri senza soffio e senza respiro interciso sincrono ai movimenti cardiaci. Il che dimostra che là dove non vi è una speciale disposizione anatomica del polmone, non si produce soffio cardio polmonare; e che non è così facile trovarci dinanzi ad individui con tale disposizione anatomica.

Inoltre, poichè queste condizioni speciali del polmone possono essere infinitamente varie, e varia infinitamente è la influenza dell'eccitazione cardiaca e quella moderatrice della

respirazione, potremo avere soffi di tutte le intensità, ed ogni soffio cardiopolmonare di data intensità, potrà passare, anzi in generale dovrà passare, attraverso a tutti gli stadi d'intensità inferiore, quindi anche attraverso il primo stadio, che è quello del respiro interciso sincrono al movimento cardiaco. Come è invece che questa forma di respirazione intercisa è così rara? e che per quanto si osservino i soffi più mutabili, come quelli delle clorotiche, non si sente quasi mai? Come si vede, non è possibile per ora stabilire neanche approssimativamente con cifre la relativa frequenza dei soffi cardiopolmonari. Qualche volta si potranno udire (teoricamente ciò è possibile) nell'individuo sano e nel malato, all'infuori di influenze accidentali favorevoli a produrli, ciò quando nella disposizione anatomica del polmone e del cuore esistono condizioni per sé stesse capaci di determinarli. Con maggior frequenza si udranno là dove intervengono influenze favorevoli alla loro produzione; delle quali le meglio conosciute, dopo le alterazioni polmonari, sarebbero le emozioni, la clorosi, i disturbi della crescita (causati in genere da insufficiente sviluppo del cuore prima della ipertrofia compensatrice), alcune forme di nevrosi, la malattia del Flatau.

E. T

DADDI e SILVESTRINI. — Un caso mortale di corea del Sydenham con ricerche batterioscopiche ed istologiche.
— (*La Settimana medica*, 22 luglio 1899).

Trattasi di una giovane di 17 anni la quale entrò in clinica in preda a continui movimenti coreici negli arti superiori ed inferiori, nel tronco, nei muscoli mimici con una certa prevalenza al lato destro, presentando altresì parola difficile e quasi inintelligibile, pur comprendendo le domande e volendo rispondere, cefalea, qualche volta allucinazioni. Nei primi giorni l'inferma fu sempre assai agitata; al quarto giorno crebbe la prostrazione delle forze assieme alla temperatura; al settimo giorno, dopo un breve stato comatoso, venne a morte.

Ricostruendo la storia clinica dell'ammalata si riscontrò che vi furono precedenti impressioni morali le quali agirono su di un sistema nervoso ereditariamente vulnerabile, che vi fu un attacco di reumatismo articolare, e che dopo questo si manifestò la corea. Risultò inoltre manifesto il nesso fra

l'attacco di reumatismo articolare acuto e la corea, ed aggiungendo ai dati storici il reperto negativo quanto a specie batteriche conosciute nel liquido che venne estratto poco prima dell'esito fatale colla puntura alla Quincke, ed una lesione riscontrata al tavolo anatomico sull'orifizio mitralico, si ebbero tutte le ragioni per ritenere questa corea di origine reumatica.

Ammessa l'origine infettiva del reumatismo articolare, ma ammesse anche le diverse forme del medesimo con diverso reperto batterioscopico, e diverso modo di agire dei microrganismi patogeni sul sistema nervoso, gli autori si domandano se nella corea si debbano vedere i fatti di una infezione, di un'intossicazione, se questa infezione, questa intossicazione sia specifica, unica, se infine l'agente infettivo o tossico basti da solo a produrre la corea, o sia necessaria qualche altra condizione o concomitanza morbosa.

Tutto al giorno d'oggi depone in favore dell'origine tossica o tossico-infettiva della corea del Sydenham. È da osservare però che se fosse un dato microrganismo capace di produrre la corea, se fosse la sola infezione reumatica, questo agente dovrebbe in ogni individuo dar luogo alla stessa sintomatologia, il che non avviene sempre. Dunque, almeno in molti casi, si deve invocare qualche cosa di più, qualche predisposizione nervosa, qualche deficienza ereditaria che lo rende vulnerabile.

Le lesioni della corea sono da localizzarsi a qualche speciale distretto della massa nervosa encefalo-spinale, o possono essere variamente distribuite? Numerosissime osservazioni, ed il caso attuale dimostrano che le lesioni possono essere le più diverse nella sostanza cerebro-spinale. Come poi da una varietà tale di alterazioni patologiche risulti sempre lo stesso fenomeno, i moderni studi sulla patologia cellulare ed in ispecie su quelle del neurone, possono dare una interpretazione possibile.

te.

R. LAMBRANZI. — L'alcalinità del sangue in alcune malattie mentali. — (*Rivista di patologia nervosa e mentale*, fasc. 7, 1899).

Troppo è oramai nota la importanza che ha lo stato fisiologico dell'alcalescenza del sangue per lo stato di salute dell'individuo. Una lunga serie di lavori hanno dimostrato quali

alterazioni si avverano nella reazione chimica e nel contenuto alcalino del sangue nel diabete, in vari stati febbrili, in alcune neoplasie, nel colera, nella leucemia, nella malattie renali, epatiche, gastro-intestinali, nella clorosi, nella gotta ecc. (Canarì, Garel, Cantani e Manfredi, De Renzi, Jaksch, Kiempeier, Mya e Fassinari, Luff, Brandenburg, ecc.).

Orlene l'A. ha voluto estendere queste ricerche anche alla patologia mentale, studiando circa 60 ammalati e tenendo conto delle condizioni loro fisiche e psichiche, per cercare di scendere nella interpretazione dei fatti quanto dovesse essere riferito a fenomeni generali da quanto potesse riferirsi allo speciale stato psicopatologico.

Le malattie studiate furono: frenosi maniaco-depressiva, amenza con notevole disturbo di coscienza e quasi costante eccitamento e confusione mentale; ipocondria, demenza senile e giovanile (ebefrenia, catatonìa e forme miste); demenza paralitica; epilessia, isterismo (nel periodo intervallare, in quello accessuale ed in quello postaccessuale; frenastenia, cretinismo, mixedema frusto con imbecillità; corea di Huntington.

Egli ha potuto formulare le seguenti conclusioni circa il grado di alcalinescenza del sangue:

— è perfettamente fisiologico nella forma maniaco-depressiva, nella ipocondria, nella demenza giovanile, nella demenza senile, nei periodi interaccensionali della epilessia e dell'isterismo, nella frenastenia;

— è probabilmente fisiologico nell'amenza, in alcune crisi isteriche e nella corea di Huntington;

— è inferiore alla norma nella demenza paralitica e nella epilessia durante l'accesso convulsivo ed un certo tempo prima e dopo di esso;

— è pure probabilmente inferiore alla norma durante e dopo l'accesso istero-epilettico e nella distrofia tiroidea.

Le alterazioni dell'alcalinità del sangue, che possono rilevarsi talvolta in alcune delle psicosi indicate nella prima conclusione, sono da riferirsi all'agitazione motoria intensa e prolungata o all'esagerato rallentamento del lavoro muscolare, e perciò debbono considerarsi *accidentali*. Invece le alterazioni osservate nella demenza paralitica e nella epilessia debbono ritenersi *sostanziali* ed in rapporto diretto con la natura della forma morbosa, forse permanenti nella prima, episodiche nella seconda.

I fatti osservati confermerebbero in linea generale i concetti moderni di una intossicazione, che lavori sorta e continua nell'organismo del demente paralitico e che irrompa episodicamente nell'epilettico. cq.

H. SCHLESINGER. — Dei disturbi psichici consecutivi all'uso dell'iodoformio. — (*Allgem. Zeitschrift für Psychiatrie*, Bd. LIV, H. 6, 1898).

L'A. premette che questi disturbi psichici erano molto più frequenti nei primi tempi dell'uso dell'iodoformio; oggi per vero sono divenuti più rari. Egli li classifica in cinque forme principali, esistono però pure forme di transizione.

La prima forma, la più leggera, quella, che non ha un aspetto clinico determinato, può cominciare nei primi giorni dopo l'operazione, ordinariamente alla fine della prima settimana; è contraddistinta da uno stato di ansietà con agitazione o da depressione con tendenza al pianto. I sintomi si aggravano specialmente nella notte e per lo più si accompagnano a cefalalgia, vertigine, insonnia, anoressia, frequenza di polso (da arrivare perfino a 150 pulsazioni e più). Può durare ore, giorni e settimane, presentare remissioni ed anche recidive.

Nella seconda forma si ha il quadro clinico della confusione mentale acuta, con disturbo profondo della coscienza, incoerenza, parafasia, idee deliranti di persecuzione, allucinazioni (zoopsia), alternative di apatia, e di agitazione furorosa. L'individuo, massime nelle pause, si mostra depresso ed ansioso, mentre in qualche caso d'intossicazione mista per iodoformio e per acido fenico è colpito da delirio gao, transitorio. Anche in questa seconda forma si hanno gli altri sintomi esposti nella prima, più accentuati il vomito di sostanze con l'odore caratteristico di iodoformio, il tremore, la tachicardia, l'albuminuria. Può aversi un periodo d'acme della durata anche di otto giorni, che poi si dissipa gradatamente oppure alle volte passa in una fase comatosa mortale.

La terza forma, per lo più melanconica, comincia vario tempo dopo l'uso del iodoformio ed ha la durata di più mesi. La quarta invece, che è comatosa, comincia in modo acuto con eccitamento e delirio, passando rapidamente nel coma, quasi sempre mortale. Finalmente la quinta forma, propria veramente dei fanciulli, si distingue pel senso di ambascia

accompagnato a sonnolenza ed in generale si dilegua dopo una settimana.

Come reperto necroscopico, più frequentemente si osserva la degenerazione grassa del muscolo cardiaco, del fegato e dei reni, dovuta, come pare, all'iodio, che inquina il sangue e che si rinviene nelle urine da 3 a 98 ore dopo usato lo iodoformio. La quantità del farmaco adoperato non influisce sulla genesi dei fenomeni sopraesposti. cq.

L. SCARPA. La poliuria semplice è sempre l'espressione di un fatto degenerativo. — (Rivista di patologia nervosa e mentale, fasc. 7, 1899).

Brissaud nelle sue lezioni sulle malattie nervose ha scritto che l'idruria dev'essere considerata come un sintomo dell'isteria, nello stesso modo che Kourilsky ancora più recisamente aveva dichiarato che *oramai il diabete insipido è destinato a scomparire dalla nosologia*. L'A. ora sostiene che la poliuria semplice è sempre l'espressione di un fatto degenerativo e che se s'incontra frequentemente negli isterici, ciò succede perchè costoro *quasi sempre* sono degenerati.

Egli riferisce appunto un caso da lui studiato, nel quale mentre si hanno molti sintomi banali propri della forma descritta come poliuria semplice, non se ne ha alcuno, che possa far pensare alla nevrosi isterica. Trattasi di un individuo, dedito all'alcool, non sifilitico e senza alcuna lesione encefalo-midollare, nel quale un bel giorno la malattia esordì colla pollacuria, cui seguirono la poliuria, la polidipsia, i sudori abbondanti. Poco appresso in seguito a cause occasionali d'ordine morale divenne melanconico, quando già era poliurico, ed attraversato il periodo di depressione, guarito della lesione psichica, rimase sempre poliurico.

Dunque la poliuria in lui non può considerarsi come dovuta all'isterismo, mancando una qualsiasi delle stimate del medesimo, nè tanto meno conseguenza dell'alterazione psichica, esistendo già l'idruria, anzi persistendo dopo la guarigione della psicopatia. L'A. ritiene la poliuria come essenzialmente legata alla degenerazione, essendo l'individuo studiato un vero degenerato.

Egli quindi crede oggi doversi ritenere il diabete insipido come sinonimo di sindrome degenerativa, desso in un isterico non è la espressione dell'isteria, ma della degenera-

zione ed ogni qualvolta si dice poliuria isterica devesi intendere che i sintomi della nevrosi si sono sovrapposti a quelli degenerativi, nello stesso modo che nella poliuria nevrastenica i sintomi della nevrasenia si sono sommati a quelli della degenerazione.

In conclusione quando contemporaneamente alla poliuria semplice si manifestano sintomi dell'isterismo o di altra nevrosi, deve ritenersi che questi ultimi si siano sovrapposti a quelli degenerativi e perciò i nomi di poliuria isterica, nevrastenica ecc. debbono significare in senso più esplicativo che l'idruria si è svolta su di un fondo nettamente degenerativo.

cg.

ELLIOT. — Alcune osservazioni sulla nefrite cronica. —
(*Med. Record*, luglio 1899)

La frequenza di questa malattia non è mai stata, secondo l'autore, abbastanza riconosciuta, e non crede esagerato il dire che costituiscono la grande maggioranza i casi di nefrite ignorati durante la vita. Da un grandissimo numero di reperti necroscopici, su cadaveri di persone morte per qualsiasi malattia, West ha trovato che esistevano alterazioni renali nel 18 p. 100, la stessa percentuale fu trovata nello spedale di Birmingham ed il 15 p. 100 in quello di Guy. Mahomed ha studiato la nefrite in rapporto alle diverse età ed ha concluso da 336 autopsie, che essa aumenta in ragione degli anni presso a poco nel modo seguente:

da 10 a 20 anni	2	p. 100,
• 20 • 30	• 3	•
• 30 • 40	• 12	•
• 40 • 50	• 38	•
• 50 • 60	• 43	•
• 60 in avanti	50	•

Un altro punto degno della massima importanza è l'averlo osservato come spesso la nefrite sia causa di morte improvvisa. Da uno studio pubblicato recentemente dal West apparisce che sopra 79 persone morte improvvisamente furono riscontrati i segni della nefrite interstiziale cronica nel 48 p. 100; nel 16 p. 100 la malattia in discorso era causa diretta della morte, nel 21 p. 100 aveva una parte nel produrre la morte o nel produrre la lesione che vi aveva condotto; in altri casi

infine appariva semplicemente ed accidentalmente concomitante della *crassa mortis*. Troppo spesso adun può succedere che le apoplessie e le malattie cardiache sieno incolpate di morti repentine, che ripetono la loro origine da alterazioni dei reni: e ciò non per le difficoltà diagnostiche, ma perché pochi sono i sintomi che richiamano l'attenzione del medico e del paziente. Sopra questo punto l'autore insiste vivamente ed osserva per primo com'esso debba considerarsi quale momento anamnestico di straordinaria importanza, specialmente nella fase iniziale della malattia, quando i sintomi sono pochi, oscuri ed incerti. E per questa oscurità ed assenza di sintomi apprezzabili nel suo inizio che essa d'ordinario si rivela al paziente o al medico, solo quando la lotta diviene impossibile e tutto si riduce a prolungare un'esistenza spesso miseranda; è di questa oscurità e latenza della fase iniziale della malattia che egli si occupa, sia perché possano prendersi in tempo i necessari provvedimenti, sia perché, potendo essa complicare molte altre malattie, il conoscerne la coesistenza diviene un importante elemento di prognosi.

Della oscurità e latenza dei sintomi l'autore troverebbe la ragione nel fatto che la sostanza glomerulare dei reni, e quindi la loro potenza filtrante, è di molto superiore al bisogno, per cui l'organismo non risente danni di sorta, o per lo meno non li risente in modo apprezzabile finché la malattia si mantiene entro certi limiti. Rolfe, per esempio, avrebbe stabilito che, soltanto quando $\frac{2}{3}$ della sostanza renale sono distrutti, divengono manifesti i fenomeni uremici.

Occorre dunque sradicare l'abitudine di ricercare esclusivamente, o quasi, i fenomeni renali, bisogna levarsi dalla mente la credenza, troppo generica, che la presenza dell'albumina o dei cilindri renali sia necessaria per la diagnosi di nefrite, cessare di attribuire soverchia importanza ai risultati negativi dell'analisi uroscopica, ricercare esattamente le note ereditarie ed apprezzare al loro giusto valore l'ispessimento e la tensione delle arterie, due sole essendo le cause di questi fatti. L'ateroma e la nefrite interstiziale. Ove la prima si possa eliminare, deve si cercare di confermare la seconda, ed anche quando la prima sussista, non bisogna tralasciare del ricercare altri fenomeni attribuibili a nefrite, potendo le due cause esistere insieme.

I sintomi renali sono d'ordinario più tardi e latenti di quelli cardio-vascolari e, nei casi precoci, consistono in una mode-

rata poliuria, specialmente notturna, albuminuria incostante e una certa riduzione delle sostanze solide dell'orine. Quando non vi sieno cause vescicali o prostatiche, le quali diano la spiegazione della poliuria, questa mette già nella via per sospettare una nefrite. Gli altri sintomi renali sono tardi a comparire e bisogna quindi regolarsi sopra segni lasciati forniti dall'apparato circolatorio, come la dilatazione cardiaca, l'inspessimento e una forte tensione arteriosa. L'ipertrofia cardiaca accompagna quasi costantemente la nefrite interstiziale anche al suo inizio, ma talvolta è così leggera da non esser riconosciuta tanto facilmente. Le alterate condizioni vascolari son più facilmente dimostrabili. Le arterie sono dure al tatto e difficilmente compressibili, e si avvertono come corde fibrose sotto il dito esploratore. Anche la tensione arteriosa è fortemente rialzata, come si può avvertire col dito e dimostrare collo sfigmografo. L'accentuazione del 2° tono aortico è la dimostrazione acustica di questa aumentata tensione. La persistenza di questo fenomeno è una delle più importanti note che lasciano supporre la nefrite interstiziale, e quando è combinata coll'inspessimento delle arterie acquista un valore ancora più grande.

Questi due fatti riuniti possono accidentalmente mettere sull'avviso col determinare un'emorragia, la quale può prendere la forma di un'ostinata epistassi, meno frequenti sono l'apoplessia, l'emorragia sotto-congiuntivale, l'ematemesi, l'emottisi e l'ematuria. Questo fatto suole più spesso verificarsi in soggetti che hanno passato la media età, nei quali esista un certo grado di obesità-sclerosi, ma non è infrequente anche nei giovani, quand'esso però si manifesta, la malattia, sebbene tuttora nella fase iniziale, pure data già da qualche tempo. L'analisi dell'orina potrà o no rivelare la presenza dell'albumina, essa però rivelerà senza dubbio la sua diminuita densità, la diminuzione delle sostanze solide, in specie di l'urea.

L'esame microscopico dei sedimenti e in questo periodo del tutto illusorio, e raramente, centrifugando una grande quantità di orina e sotto una conveniente illuminazione, si riesce a scoprire qualche cilindro ialino.

Per quel che riguarda la disposizione ereditaria, osserva l'autore che è necessario conoscere non solo se nelle famiglie, vi furono malattie renali, ma eziandio se avvennero casi di morte improvvisa; il che finora trascuravasi completamente.

Questa relazione tra una nefrite presente ed un'antica apoplessia potrà sembrare un argomento di solo interesse scientifico, ma essa ha molta maggiore importanza che non la soddisfazione di una semplice curiosità clinica, e le sue esperienze non gli lasciano dubbio che un vizio ereditario di costituzione possa avere una parte insidiosa e disastrosa nel progresso e nella terminazione della nefrite interstiziale.

C. F.

MARZIALI. — Contributo allo studio dell'etiologia delle pleuriti idiopatiche. — (*La Clinica moderna*, 16 agosto 1899)

L'autore si è proposto di studiare l'etiologia di quella forma di pleurite che anche oggi va soggetta a discussioni, ossia della pleurite sierosa primitiva, ed ha fatto esperienze sugli animali a conferma delle ricerche del Grawitz sulla fisiologia e patologia della pleura, le quali hanno un grande valore sia dal punto di vista clinico, sia dal punto di vista anatomico-patologico nello studio delle pleuriti in parola.

Le opinioni che sono state emesse circa alla etiologia delle pleuriti idiopatiche, si possono ridurre a tre: azione perfrigerante, azione traumatica, azione batterica, la quale poi si può dividere in batterica propriamente detta od in tossica. Vi fu un tempo che all'azione perfrigerante si diede il primo, anzi l'unico posto nell'etiologia delle pleuriti, come più tardi si ritenne che solo l'azione batterica fosse capace di determinare la flogosi pleurica. Volendo essere imparziali, si deve riconoscere al raffreddamento, se non un'azione determinante, almeno un'azione mediatrice fra l'agente patogeno e l'ambiente organico. Anche all'azione traumatica va attribuita un'azione puramente occasionale, in quanto, alterando il trofismo dei tessuti o la loro continuità, agevola l'azione patogena dei batteri. In quanto all'azione batterica, il punto più discusso è quello che riguarda la specie del microrganismo patogeno. Alcuni, e specialmente Landouzy e Strumpell, riconoscono in ogni pleurite una origine batterica specifica; altri invece, e fra questi il Leinwald, negano assolutamente la pleurite tubercolare primitiva. Da qualcuno si è anche cercato di spiegare come mai alla pleurite segua la tubercolosi, e a questo proposito vi sono tre opinioni, o che la pleurite faciliti lo sviluppo dei tubercoli nel polmone perchè essa

indebolisce l'organismo ed i movimenti respiratori, o che la pleurite si associ ad atrofia e degenerazione dei muscoli della spalla e del torace determinando così lo sviluppo della tubercolosi, o che la pleurite sia essa stessa d'origine tubercolare.

Le due prime opinioni si possono facilmente contrastare. Resta l'ultima nella quale, per dare un fondamento di realtà, si è ricorso all'esame batteriologico dell'essudato. Ma anche qui si sono avute conclusioni discordi a seconda dei diversi autori, riguardo alla maggiore o minore frequenza dei bacilli tubercolari, discrepanze dovute forse alle difficoltà che si oppongono a tali ricerche, o forse dipendenti dai diversi metodi seguiti nelle medesime. Si è tentato anche di risolvere la questione colle iniezioni di essudato pleurico nella cavità peritoneale delle cavie, ma anche qui si sono avuti risultati svariatiissimi.

Sicché, volendo esser giusti, bisogna abbandonare l'idea che il bacillo di Koch sia l'unico produttore delle pleuriti ad essudato siero-fibrinoso; che se anche si vuole ammettere che una buona parte di esse sieno di natura tubercolare, questo deve attribuirsi al fatto che l'infezione tubercolare è la più comune, ed è quella che si trova allo stato di latenza nel nostro organismo.

Ormai, dopo le recenti nozioni, che cioè la natura dell'essudato dipende non già dalla natura dell'agente patogeno, ma dalle sue condizioni speciali e più che altro dalle condizioni dell'ambiente organico in cui il microrganismo si impianta, è da ritenersi che tutti i batteri patogeni conosciuti possono essere atti a determinare la flogosi pleurica. Sono da citarsi a questo proposito: il bacillo di Koch, il bacillo di Eberth, il colibacillo, lo stafilococco, lo streptococco, il diplococco di Fränkel.

Quanto al concetto che le pleuriti possono venire determinate non dai microrganismi, ma dalle loro tossine, esso è giustissimo, e così si possono spiegare certe pleuriti sterili che si possono avere nei tifici, nei tubercolosi ecc. Ma se queste pleuriti sieno primitive, o non piuttosto complicate di infezioni preesistenti, è difficile dire. Nè più facile sarebbe il dimostrare come penetrino i microrganismi nella pleura senza le esperienze del Grawitz, le quali dimostrano la via che possono seguire i batteri per localizzarsi primitivamente alla pleura.

Il Grawitz colpito dal fatto che la pleura parietale di molti cadaveri giovane senza aderenze pleuriche sono spesso volte pigmentate, che questo pigmento è più abbondante verso la parte basale e sulla pleura diaframmatica dove è costituito ora da schegge di carbone, ora da polvere di ferro, ora da derivati amorfi della sostanza colorante del sangue, si propose di studiare la via tenuta dal pigmento per giungervi, e concluse che il pigmento passa in breve tempo al polmone, attraversa le pareti polmonari ed entra nel cavo pleurico dove in parte è assorbito dal foglietto parietale della pleura stessa.

L'autore ripetendo le esperienze del Grawitz, con polvere di carbone, con cinabro, con polvere di ferro ha potuto constatare che il pulviscolo non va alla pleura parietale per l'ilo polmonare come il Recklinghausen ha dimostrato per la metastasi dei tumori pleurici, ma, perforata la pleura viscerale, cade nella cavità pleurica e passa nella pleura parietale.

Durante gli esperimenti, l'autore riuscì in un caso ad ottenere la pleurite mediante la ripetuta insufflazione in trachea di polvere di carbone. Egli non vuol trarre conclusioni da questo fatto, giacchè sarebbe stato necessario usare strumenti e polveri asettiche e fare l'analisi batterica dell'essudato. Ad ogni modo si può ritenere probabile lo sviluppo per questa via di una pleurite asettica, analogamente a quello di una pleurite settica nella quale col pulviscolo l'agente patogeno passa direttamente dagli alveoli più periferici nel cavo pleurico.

te.

RIVISTA CHIRURGICA

Prof. GRADENIGO. — Su alcuni casi di leptomeningite ottica. — (*Giorn. della R. Accad. di Torino*, giugno 1899).

L'A. riferisce quattro casi di leptomeningite ottica, i primi tre importanti perchè ebbero esito in guarigione, il quarto importante per la bilateralità delle lesioni ottiche e per le difficoltà diagnostiche presentate.

Fra i primi tre casi, due hanno maggior valore in quanto l'esistenza di una vera leptomeningite poté venir riconosciuta clinicamente per mezzo della puntura lombare.

Nel primo caso si trattò di otorrea cronica sinistra dell'infanzia, sempre trascurata, la quale presentò dapprima sin-

tori di ritenzione di pus per un grosso poipo del condotto uditivo esterno, che scomparvero coll'ablazione del tumore, e più tardi il quarto cinto di una leptomeningite circoscritta in corrispondenza di un focolo di pachimeningite purulenta, il quale venne trattato prima coll'apertura larga delle cavità mastoidee, poi, restati più gravi i sintomi, colla scoperta della dura madre e coll'operazione radicale sulla cassa timpanica.

Nel secondo caso si trattò di leptomeningite in seguito a otite purulenta cronica e colestestoma, diagnosticata anche per mezzo della puntura lombare, e nella quale la guarigione avvenne dopo che col l'atto operativo si evacuarono masse colestestomatose e granulazioni dall'intro e dalla cavità timpanica, e dopo che si ripeté la puntura lombare.

Il terzo caso si riferisce ad un cisto a cisti purulenta sinistra con fenomeni gravissimi di leptomeningite, i quali cedettero a larghe incisioni della membrana timpanica, e del terzo uscio ad abbondante quantità di pus, anche in questo caso si praticò la puntura lombare, la quale, come nel caso precedente, diede uscita a liquidi torrenziali con motissime forme di cocci e cellule di pus.

Interessante poi è l'ultimo caso, il quale dimostra ancora una volta le straordinarie difficoltà diagnostiche che possono offrire le complicazioni intracraniche otitiche, trattossi di una otorrea bilaterale trascurata con sintomi sospetti di complicazioni endocraniche, nella quale, dopo praticata l'operazione radicale dell'otorrea (cola quale non si riscontrò nulla di particolare tranne le solite granulazioni nell'intro e nella cassa) si manifestò una meningite mortale. Ad autopsia si trovò che la dotazione purulenta era venuta dal temporale destro non operato, che presentava lesioni gravi rinaste completamente intatte, cioè un ascesso esteso tutto perisussale con ricoprente trombosi del seno sigmoideo e degli emissari.

M. FICHEL. - Le ferite dell'intestino e del mesenterio senza lesione esterna (*Beitrag z. klin. Chir.*, luglio 1899).

L'autore, allievo della clinica chirurgica di Maderung a Strasburgo, ha raccolto parecchie osservazioni di casi di ferite dei visceri addominali presentanti da principio un'immagine apparente e terminati letalmente. Narra di un giovane

di 17 anni, accorrendo nella clinica due ore dopo aver riportato un violento traumatismo all'addome. Malgrado si avvertisse ottusa alla regione ombare sinistra, lo stato del paziente sembrava tanto rassicurante, che si preferì di aspettare. Solo alla sera del giorno seguente il malato si lagno di vivi dolori addominali. In mancanza di sintomi netti e peritoneali, si attese l'indomani per praticare la laparotomia. Il maato peggiorò rapidamente, l'intervento operativo risultò impossibile, e cinquant'ore dopo l'avvenuto traumatismo cessava di vivere. L'autopsia dimostrò l'esistenza di una peritonite diffusa, consecutiva a lacerazione del digiuno.

L'autore conclude dicendo che si doveva in tal caso intervenire quando il paziente aveva cominciato ad accusare vivi dolori addominali. Il secondo maato entrato all'ospedale 16 ore dopo l'accidente, presentava meteorismo dolorosissimo con forte acceleramento del polso (160 per minuto).

La laparotomia, tosto praticata, fece constatare una peritonite diffusa con lacerazione dell'ileo lunga circa 2 centimetri e con due lacerazioni del mesenterio. Venne lavata la cavità addominale e si suturò l'intestino e mesenterio. Il paziente morì il domani.

La terza osservazione si riferisce ad un uomo, che in seguito ad un accidente di vettura, presentò una forte aspietia con sintomi di peritonite e i sintomi poco accentuati che parve inutile ogni intervento operativo. Pertanto il malato non tardò a soccombere, e l'autopsia dimostrò considerevole raccolta di sangue nella cavità addominale e molteplici lacerazioni del mesenterio con perforazione dell'intestino.

In un quarto caso, i sintomi poco pronunciati dopo l'accidente, s'accentiarono i domani. Praticata la laparotomia si trovò una peritonite diffusa averte per punto di partenza una lacerazione dell'intestino tenue. Il malato venne salvato mediante sutura della soluzione di continuo seguita da toilette della cavità addominale e da molteplici iniezioni di siero art. finale.

Infine, nel quinto paziente, la laparotomia praticata 32 ore dopo l'accidente, fu impotente ad impedire l'esito letale. In seguito ad esperienze praticate su animali, l'Eichel constata come sia impossibile produrre una lesione intestinale tanto estesa che i muscoli addominali sono contratti. Egli reputa inoltre che lo sviluppo protratto e abissimo del pannello adiposo della parete addominale, può talvolta preservare l'intestino.

Per ciò che concerne le indicazioni operatorie, l'autore insiste col Malefurg, sulla necessità di trasportare in un ospedale tutti i soggetti colpiti da traumi addominali, affinché possano esser attentamente sorvegliati ed operati appena ci si crei la necessità, senza attendere i sintomi classici della peritonite.

Pertanto si terrà soprattutto conto dello stato del polso, e si interverrà quando la sua frequenza tenderà ad aumentare fuori di proporzione con la temperatura del corpo.

G. B.

KOCHER. — **La questione dei guanti nella pratica chirurgica.** — (*The Boston Med. and Surg. Journal*, giugno 1893).

Diresi che Lockett ed Halsted adoperassero fin dal 1887 guanti di caoutchouc e che Robb, Manteuffel ed altri buoni operatori avevano già messo in aizzi l'idea di usare i guanti nella pratica chirurgica: ma l'onore di averli proposti come regola indispensabile per una sicura asepsi, in ogni operazione chirurgica, spetta a Pertuis e Miralès. Tale uso non è ancora molto generalizzato, ma tutti i chirurghi sono concordi nell'ammettere la necessità giungendo anzi taluno sino a ritenere l'annosi. In una recente conferenza, fatta all'associazione chirurgica americana, il Kocher, non grande competenza in proposito non è disdente e, la risolutamente affrontato il problema, toccandolo nei suoi dettagli e sfronandolo di alcune esagerazioni, cioè, secondo lui, muove non tanto alla bontà della causa.

Comincia col ricordare le ricerche fatte dal Douchéin sull'infettività dei guanti di caoutchouc. Questo insigni osservatore trovò che mettendo del liquido sanguigno spremuto da un guanto adoperato per una operazione, in un tubo di gelatina, si sviluppavano numerosi germi e lo si crebbe ch'essi dovevano certamente provenire dall'aria. In tal caso sarebbero del tutto giustificate le conclusioni di alcuni operatori, specialmente ginecologi, i quali credono miglior partito l'operare a mani libere e lavarle di tanto in tanto con acqua sterilizzata, per togliere il sangue o i altri liquidi coerenti, sui quali si potrebbero posare i germi che vengono dall'aria, come si lava di tanto in tanto il canno d'operazione, al punto per l'identico scopo.

Tali valute però non coinciderebbero coi risultati ottenuti nel gabinetto della sua clinica, dai suoi assistenti, i quali vi hanno rinvenuto il solo *staphylococcus albus*, e che è l'ospite abituale della pelle umana, e che resta nelle piccole ripiegature della pelle delle mani, anche quando ci si lavi con molta cura. Sarebbe quindi logico concludere che l'infezione provenga piuttosto dalle mani che dall'aria.

Lo stesso ha dimostrato che i guanti di cotone vengono facilmente infettati, sia dal di fuori che dal di dentro, e che essi non preservano affatto nemmeno la mano dell'operatore da una possibile infezione: donde la necessità, volendo operare per guanti, che essi sieno impermeabili.

Ma se queste conclusioni trova giuste l'autore, non trova altrettanto giustificato che, scoprendo tali guanti, si debbano anche disinfettare le mani con le rigorosissime misure richieste per coloro che operano a mani libere. O l'una o l'altra cosa. Certamente non è agevole sterilizzare le nostre mani, come la pelle dell'azzeite, ma si possono senza dubbio distruggere quelle tante che basta per dare una sufficiente garanzia del buon esito di un'operazione. In desiderabile sarebbe la distruzione di tutti i microrganismi che possono annidarsi nelle anfrattuosità della pelle delle nostre mani, ma ciò che occorre soprattutto è di evitare l'introduzione nelle ferite di germi in tal condizione ed in tale quantità che, in ragione della loro virulenza, possano svilupparsi ed esercitare un'azione benefica, prima ancora che le parti cruentate abbiano ricattanza o la loro normale influenza protettiva, colla penetrazione della circolazione. E questo crede l'autore sia possibile ottenere col metodo di Furbringer, il quale però è molto pericoloso, per l'avvelenamento a cui può dar luogo, richiedendo esso una prolungata immersione delle mani in una forte soluzione di sublimato, previo un lungo e non delicato lavaggio con acqua, sapone ed alcool.

Del resto non è possibile sperare di distruggere tutti i germi che invadono le ferite, se è vero ciò che affermano Schimmelbusch, Reker e Neetzel, cioè cioè dopo 5-10 minuti dall'operazione si trovano già batterii, virulenti o no, nella circolazione e negli organi interni. Ma Friedrich ed altri hanno per contro dimostrato che una certa quantità di tali germi sono facilmente distrutti dalla naturale reazione dei tessuti viventi. E se apparisce dalle investigazioni di Magnus, Marry e d'altri che nel follicolo, e qualche volta nella

spazi linfatici la pelle contiene germi a grande profondità, è anche sufficientemente provato che gli abitanti normali della pelle umana, come lo *staphylococcus albus*, nelle condizioni e nella quantità in cui si trovano dopo un accurato lavaggio, non hanno influenza sul risultato dell'operazione.

D'altronde nelle nostre mani non ospitano usualmente germi virulenti, e se per eccezione vi si annidano ad una tale profondità che un prolungato lavaggio non possa esser sufficiente a rimuoverli, debbono aver dato luogo a qualche segno che indichi la loro presenza, come eritemi, eczemi ecc., in tal caso l'operatore è sull'avviso, e la necessità dei guanti s'impone, come s'impone quando egli abbia da poco messo le mani in contatto di sostanze infettanti. E dovrà pure ritenersi assolutamente indispensabile l'uso dei guanti impermeabili in quei casi, nei quali non sia possibile un'accurata disinfezione delle mani, come, per citare l'esempio più pratico, sul campo di battaglia, dove, anche il lavarsi con sola acqua pura, è spesso un problema di soluzione più impossibile che difficile. Conseguentemente da ciò la necessità che i guanti impermeabili entrino a far parte delle dotazioni sanitarie di guerra.

Essendo i guanti impermeabili molto dispendiosi e di poca durata furono proposti guanti doppi di seta internamente e di caucciù all'esterno, ma questi valgono troppo al fatto che è di tanto aiuto per l'operatore.

Analizzando le statistiche delle molte operazioni eseguite in 5 mesi egli dimostra che i risultati non sono stati differenti tra l'aver operato con o senza guanti. I pochi casi, nei quali l'esito fu meno favorevole, e cui egli discute largamente, trovavano tutti la loro spiegazione in fatti indipendenti dalla infezione delle mani. Durante questo periodo non ha mai usato agenti chimici per la sterilizzazione delle mani, ma solo ha cercato di ottenere una severa pulizia con sapone e spazzola adoperati per un quarto d'ora sotto un getto continuo di acqua calda e quindi spazzola con alcool per 5-10 minuti alla maniera di Alford, indipendentemente da le vecchie di questi, che, insieme con Vahle, Remick e altri, ritiene l'alcool come un reale ed energico disinfettante. Tutti e di infezione hanno sempre fatto tutti i suoi assistenti, come pare ha sempre scrupolosamente disinfettato la pelle del paziente.

Una grandissima e reale importanza, nel produrre l'infezione, egli pensa debba attribuirsi alle unguali, che abbiano

sempre esser tenute il più corte possibile, ed anche così facendo crele ch'esse rappresentino il punto più pericoloso della mano, tanto da ritenere sufficienti dei semplici dita i di caoutchouc in sostituzione dei guanti.

Un altro punto di sommo rilievo è quello della scelta dei mezzi di legatura e di sutura, fra i quali egli dà la preferenza alla seta. Ed insiste sulla necessità di usare i massimi riguardi quando si praticano questi importantissimi momenti dell'atto operativo, fino a dire che, anche volendo eseguire l'operazione a mano libera, dovrebbero allora adoperarsi guanti, o ditali, come crele che dovrebbero essere rinnovati quando l'operazione sia stata fatta coi guanti.

In conclusione il Kacher è d'avviso che per assicurare l'esito di un'operazione debbano tenersi presenti i seguenti precetti:

1° tutti coloro che non badano alla spesa, che non vogliono sacrificare in forma delle unghie, che vogliono trovarsi sempre pronti ad operare, anche senza una previa scrupolosa toilette delle mani, e quel che più importa, senza correre il rischio di un qualche avvelenamento, debbono indur bal netto adoperare i guanti di caucciuc. Nelle lunghe operazioni i guanti offrono al chirurgo la possibilità d'immergere in tanto in tanto le mani così protette in una forte soluzione antisettica la migliore delle quali è quella di sublimato al 2%.

2° coloro che non vogliono portar guanti, facendo per giunta tutto quello che loro piace tra un'operazione e l'altra, debbono, ogni volta che operano, esporsi al rischio di un avvelenamento col fregarsi e bagnarsi le mani per 10 minuti in una soluzione forte e calda di sublimato, dopo avere ripulite e lavate per un quarto d'ora con acqua calda, sapone e aceto. Durante l'operazione devono ripetersi frequenti e brevi abluzioni antisettiche;

3° è possibile seguire un'altra via di mezzo e in tal caso dovosi evitare il toccare con mani scoperte qualsiasi materiale infettivo o settico tra un'operazione e l'altra, tenere le unghie tagliate il più corte possibile; lavarsi accuratamente le mani, strofinandole mediante una spazzola con sapone, acqua calda ed alcool, evitare ogni disinfettante velenoso prima di operare e, volendo esser molto prudenti, mettersi dei guanti di cuoio, di seta, o meglio di caucciuc, o anche di semplici ditali impermeabili, quando si toccano

i fili per le legature e per le suture o quando si debbono spingere le dita nel profondo di una ferita;

4° non bisogna dimenticare che la guarigione delle ferite per prima non dipende esclusivamente dalle mani, ma eziandio, e per massima parte, dalla preparazione della pelle del paziente, dalla sterilizzazione di ogni cosa che possa venire in contatto colla ferita o colle sue adiacenze, dal completo arresto del sangue, dalla esatta chiusura delle ferite e per ultimo dall'uso di fili antisettici per le legature e per le suture, fino a che non si sieno investiti dei più impermeabili.

cf.

SEILER — Epistassi — Sue cause e trattamento — (*Med. Record*, maggio 1899).

Un po' di sangue dal naso! Due pezzette bagnate sulla fronte; magari una chiave gettata giù per la schiena, come fanno le donnette del popolo, tutt'al più un po' d'acqua del Pagliari e la paura è passata. L'argomento sembra a primo aspetto di così puerile importanza che, forse, appunto per questo, tutti quanti lo hanno sempre considerato molto superficialmente, ma così non è parso all'autore, il quale ha voluto richiamarvi l'attenzione dei pratici e degli studiosi, ritenendolo meritevole di essere preso in seria considerazione.

L'epistassi presentasi sotto due forme: la mite, a guisa, la grave, che può dare un'emorragia talmente imponente da compromettere seriamente la vita; e mentre la prima è un fatto senza interesse, a cui si può metter riparo con mezzi semplici, conosciuti anche volgarmente, la seconda richiede misure energiche per essere frenata. In tali casi un accurato esame delle cavità naso-faringee e della più grande importanza, a fine di determinare l'esatta ubicazione della lesione che produce l'emorragia, senza di che tutte le cure locali possono riuscire completamente inutili o di un beneficio puramente temporaneo. Questo esame, in talune circostanze, riesce un'altro che facile, tanto più che la vista non può essere di grande aiuto, dovendosi esso basare principalmente sul tatto guidato da una esatta conoscenza delle cause che possono determinare l'epistassi. E tali cause l'autore divide in quattro categorie:

I. *Traumatiche acute.* — Vanno comprese in questa categoria le rotture di vasi sanguigni per traumi al naso e le conseguenze di operazioni chirurgiche.

II. *Traumatiche croniche.* — Questo titolo, che a primo aspetto può sembrare paralessale, comprende certe lesioni leggerissime, che possono ripetersi in una forma continuativa, come soffiate il naso troppo forti, sternuti troppo rumorosi, posizioni viziate, rimozione di croste secche colle unghie nella forma atrofia di rinite, inalazione di polveri irritanti.

III. *Sintomatiche generali.* — Sono in questo genere le emorragie in relazione con alterazioni generali, spesso patognomoniche, come l'eristassi da febbre tifoidea, da congestione cerebrale, da insolazione, quelle vicarie, nella sospensione della ordinaria mestruazione, quelle dipendenti da emofilia, che non infrequentemente riescono fatali, e finalmente quelle che si verificano negli alpinisti e negli arcomanti, quando si elevano a considerevoli altezze.

IV. *Locali sintomatiche,* le quali sono in dipendenza di alterazioni anatomiche della mucosa nasale o dei sottostanti tessuti cavernosi. Data la delicatezza di struttura e la speciale funzione fisiologica di queste parti, esse possono facilmente presentare una particolare predisposizione alla rottura dei vasi ed alla perdita del sangue per qualsiasi leve motivo.

Conosciuta la causa, bisogna adoperarsi a rimuoverla, seguendo il precetto, diventato ormai dogma nell'arte medica, che la cura deve ispirarsi al trattamento curativo.

Come primo espediente l'autore consiglia la compressione colie dita, o meglio con una pinzetta da naso, avendo cura, in pari tempo, di fare inclinare la testa al paziente e di togliere qualunque strettura del collo per evitare la pressione sui grandi vasi discendenti. Intanto il medico s'informa della natura del caso e vela a quale categoria esso appartenga. Se sarà sintomatico una cura generale potrà rappresentare il trattamento più adatto, ma, anche in tali circostanze, l'esame delle cavità nasali non deve essere trascurato, potendosi desumere indicazioni all'uso di rimedi locali necessari per prevenire la ricorrenza del sintoma.

Per poter eseguire un buon esame locale occorre fare espellere le croste sanguigne con leggera soffiate, introdurre quindi un rinalatore ed illuminare con un riflettore comune. Quando in seguito a tali pratiche si verifici imme-

diatamente una emorragia, tale da oscurare le ricerche, si introduce un piumaccio di cotone idrofilo imbevuto di soluzione cocainica, vi si lasci alcuni momenti e si otterra di regola, almeno per qualche minuto, libero il campo d'esplorazione. Ove poi il tentativo fallisca, bisogna contentarsi di ciò che si può ottenere col tutto, o, in caso contrario, ricorrere ad un misuratore nasale, per determinare l'ulcerazione della lesione.

Nella maggioranza dei casi, della così detta epistassi spontanea, l'emorragia proviene da qualche ulcerazione più o meno estesa e granulante, i cui vasi, non avendo pareti, non sono contrattili, ed una volta aperti, danno un continuo e copioso flusso di sangue. In simili contingenze egli crede consigliabile uno sfregamento del punto ulcerato fatto colle unghie, se possibile, o altrimenti con un cucchiaino di Volkmann, fino a che si sieno raggiunti i tessuti sani. Come misura precauzionale l'autore ha l'abitudine di coprire la superficie così trattata con un tampone di esca, come quella usata dai dentisti, e nello stesso modo suole contenersi colle emorragie che si verificano nelle operazioni intranasali. Quando non si abbia l'opportunità di trovare l'esca, consiglia un pezzo di prosciutto o di carne magra, secondo le norme del professore Agnew, piuttosto che ricorrere al cotone, al lino o ad altre sostanze fibrose, le quali divengono troppo aderenti e possono strappare i tessuti di nuova formazione nella rimozione del tampone. E per la stessa ragione non crede adoperabile il percloruro di ferro, il qual forma col sangue una patiglia spessa e troppo difficilmente removibile. I corpi estranei, i polipi fibrosi e mucosi debbono essere rimossi.

L'autore sorvola sul trattamento successivo interno con tonici ed ergotina, come su quello locale con lavature antisettiche ed altro, nè crede di avere, con questi pochi precetti, esaurito l'argomento, ma spera e si augura che il suo lavoro possa essere di giovamento coll'aprire una proficua discussione in proposito. ef.

WIGGIN — Norme da seguirsi prima e dopo la laparotomia. — (*The Lancet*, aprile 1899).

Moltissimi chirurghi in questi ultimi tempi, neppure la laparotomia è divenuta un'operazione di moda, si sono occupati di descrivere l'atto operativo nei suoi più minuti partico-

lari e di stabilire le regole più formali e più assolute da seguirsi nelle svariate e molteplici contingenze, nelle quali tale operazione può essere richiesta; ma nessuno, a parer suo, ha insistito abbastanza sulle cure necessarie prima e dopo l'intervento chirurgico. Egli ha creduto una necessità il riempire questa lacuna, e in un articolo molto interessante su tale argomento viene alle seguenti pratiche conclusioni.

Prima di addivenire all'atto operativo, e quando le condizioni del soggetto lo permettano, è della massima importanza sottoporlo ad un prolungato trattamento preparatorio. — Nella prima parte di questo periodo debbono essere quotidianamente amministrati dei catartici, seguiti da abbondanti enterocli smi, allo scopo di detergere il tubo intestinale. — È necessario registrare esattamente la temperatura del corpo, il numero delle pulsazioni e degli atti del respiro, per parecchi giorni avanti l'operazione e fare uno scrupoloso esame dell'urina. — Quando trattisi di donne bisogna disporre le cose in modo che l'operazione venga eseguita pochi giorni dopo il periodo mestruale, ed esser molto oculati che la vagina sia ben deterisa, anche quando il campo operativo debba esser annesso all'addome. — È utile l'amministrazione di una piccolissima quantità di cibo peptonizzato (un'oncia circa), contenente qualche sostanza stimolante e fatta prendere un paio d'ore prima di dare l'anestetico, per diminuire la tendenza alla nausea e al vomito dopo il ritorno della coscienza. — L'anestesia, deve esser fatta da un medico provetto e colla minor quantità possibile di l'anestetico presente, dando la preferenza ad uno che non deprima soverchiamente l'azione cardiaca. — È necessario ricoprire il corpo del paziente, durante l'operazione, con panni e coperte di lana. — Quando prevale la tendenza all'esaurimento, ricorso di grande vantaggio a' i stimolanti, dati prima che il cuore sia troppo esaurito, e le iniezioni saline endovenose prima che il polso rallenti e sia ridotto fiavorme. — Dopo l'ultima abbondante irrigazione delle cavità addominali e consigliabile di lasciarvi dentro una certa quantità di soluzione salina calda, per triplice scopo di stimolare il paziente, prevenire la formazione di adesioni intestinali e diminuire il pericolo di una infezione settica del peritoneo.

L'immediato periodo di convalescenza ponzasi mente a cambiare il paziente di posizione nei primi due o tre giorni, usandovi tutta la possibile cautela. — È necessario incomin-

ciare sollecitamente a somministrare una certa ragionevole quantità di cibo, a giusti intervalli — Quando il catarro abbia dovuto rompere numerose ed estese aderenze, possono rendere un utile servizio alcuni enterici ismi astringenti ed insieme eccitanti — Allora sorge il dubbio di una emorragia intrapelvica, e della massima importanza il non rimanere esitanti ed aprire sollecitamente la cavità addominale, imperocchè ogni indugio potrebbe riuscire funesto. — Se insorga paralisi o paresi dell'intestino occorre prontamente la lavatura dello stomaco, non appena siasi fatta la diagnosi, e l'uso persistente di catarfici salini finchè gli intestini ricomincino a muoversi, mentre poi è importantissimo non somministrare catarfici troppo presto e in dosi troppo forti, a quei convalescenti di operazioni addominali, che seguono un decorso normale.

c. f.

E. DURANI. — I tumori della ghiandola sottomascellare.

— (*Rivista rinata di scienze mediche*, lug. o 1899).

Di quest' interessante lavoro compiuto nella clinica chirurgica operativa di Pavia diretta dal prot. Bottini riportiamo le conclusioni, dolenti che la ristrettezza dello spazio non ci permetta di farne una più estesa recensione.

1° I tumori della ghiandola sottomascellare sono molto rari.

2° Rari sono gli adenomi, i sarcomi ecc., ma ancor più rari i carcinomi, più frequentemente si trovano i *tumori misti* dei quali, anche in queste ghiandole, come dagli studi odierni risulta per altre regioni, predominano le forme endoteliali.

3° Di difficile interpretazione sono i criteri diagnostici mantenuti, dubiosi dalla deficienza del materiale e dall'osservazione e della scarsità degli studi in proposito.

4° I tumori infiammatori, consecutivi ad infiammazione della ghiandola, con iperplasia connettivale, nella casistica figurano pure molto rari ed occorrono, il più spesso, in seguito a calcoli salivari della sottomascellare o anche, rarisimamente, della corrispondente sottomandibolare.

5° Bisogna andar cauti nella diagnosi di questi tumori infiammatori, perchè bene spesso si confondono con le vere neoproduzioni; ci deve esser guai l'anamnesi accurata e

quasi sempre, più che il cateterismo del condotto di Warthon, ci può essere controllo decisivo l'agopuntura della parte.

6° La cura radicale dell'esportazione, se è possibile, è l'unica da consigliarsi. E. T.

GARREL. — Cistotomia soprapubica per setticemia urinaria gravissima di origine prostatica; guarigione.
— (*Gazette des Hôpitaux*, 24 agosto 1899).

La seguente osservazione dimostra ancora una volta l'utilità della cistotomia soprapubica immediata nelle gravi infezioni date da la vescica, allorchando l'infezione stessa ascendente ha invaso l'uretere e il rene.

Un vecchio di 70 anni entro nella clinica del prof. Poincet per degli accidenti infettivi gravissimi, di origine prostatica. Alla sua entrata in clinica, egli non aveva urinato da 24 ore.

La sua vescica enorme, rimontava al disopra dell'ombelico, la prostata era voluminosissima. L'urina fetida, profondamente infetta sciolava dall'orificio della sonda la quale entro l'urevasi con difficoltà e arrecando molto dolore, l'uscita della urina dalla sonda non compievasi che premendo sull'eregastio, e anche dopo aver estratto due litri d'urina, rimaneva ancora voluminosissimo il globo vescicale. I reni erano ingrossati e alla pressione risvegliavano un vivo dolore. Il malato era in condizioni generali gravissime, aveva una temperatura di 40° 2, ed era in preda a delirio.

Ammissa l'esistenza di una pielonefrite ascendente, quantunque il cateterismo fosse ancora possibile si riconobbe la necessità della cistotomia.

L'operazione fu eseguita due ore dopo l'arrivo dell'ammalato. Praticata l'incisione della parete vescicale, scolo una gran quantità di urina fetida e purulenta.

Esplorata la cavità vescicale, il dito non pote toccare il fondo, tanto essa era vasta. La ritenzione d'urina aveva dunque dato luogo ad un'atonia vescicale completa.

All'indomani la temperatura cade a 37° 5 per oscillare nei giorni seguenti attorno ai 38 gradi. Dopo il settimo giorno si ebbe apressia completa.

Due volte al giorno si fecero abbondanti lavature con permanganato. Al 8. giorno cominciò il miglioramento, e dopo 10 giorni, si poté applicare un recipiente per lo scolo di lie

orine da l'epigastrio, e l'ammalato uscì dalla clinica completamente guarito.

La cistotomia d'urgenza è dunque un'operazione utile nell'infezione urinaria dei prostatici. In questo ammalato l'escrema gravità dello stato generale, i sintomi di pelonefrite ascendente giustificavano l'incisione vescicale immediata, la quale agì come il drenaggio negli ascessi. In questo caso il catetere in permanenza non avrebbe potuto scongiurare la marcia progressiva degli accidenti che già sul loro inizio manifestavano una così imponente gravità.

te.

LERMITTE. — L'estratto di capsule soprarrenali come emostatico. — (*Med. Record.*, maggio 1899)

Erasi già sperimentalmente dimostrato che l'estratto in parola produce contrazione delle piccole arterie ed aumento della tensione vascolare e lo si era terapeuticamente impiegato nel trattamento di vari stati morbosì connessi colla atassia vasomotoria. Erasi anche trovato utile nella pratica oftalmica per la riduzione delle iperemie, per aumentare gli effetti della cocaina, ed in questi ultimi tempi se ne sono vantati gli effetti emostatici tanto nelle emorragie primarie che secondarie.

L'autore riferisce di averlo adoperato con successo in un caso di epistassi che durava da lungo tempo in una maniera ostinata ed in forma intermittente, venuta in seguito ad infezione difterica in un bambino di 6 anni. Esaminate le cavità nasali la sola condizione anatomico-patologica trovata fu uno stato angiomatoso di quasi tutta la mucosa. La cura intrapresa consistette in piumaceroli di cotone imbevuti in una soluzione di cocaina al 5 p. 100 introdotti in ciascuna narce e mantenuti in sito per 5 minuti. Ritirati, questi, ne vennero subito introdotti degli altri, bagnati in una soluzione saturata di acido borico, contenente 5 grammi di estratto per ogni 30 grammi di liquido. Le applicazioni vennero fatte a giorni alterni per tre settimane, ed ogni 4 giorni per altre tre settimane. Con tale procedimento si produsse uno stato iscaemico della mucosa e l'epistassi, che aveva resistito a tutti i compensi terapeutici impiegati precedentemente, cessò in modo definitivo.

cf.

OLIBB. — Costruzione di neo artrosi oleido-omeroale in un braccio ciondolante per mancanza della scapola e della testa omerale. — (*Revue de chirurgie*, N. 7, luglio 1899).

Trattavasi di un ferito nella guerra del 1870, cui in seguito a ripetute operazioni erano stati resecati la testa dell'omero ed asportata la scapola del lato sinistro.

Presentava naturalmente il braccio corrispondente ciondoloni e del tutto morto. La clavicola sinistra faceva marcata sporgenza in fuori, ricoperta dalla cute, presentandosi vie maggiormente scoperta stante la mancanza del capo omerale e della scapola corrispondenti. I muscoli tutti del braccio e del cinto scapolare presentavansi atrofici, mentre discretamente nutriti erano quelli dell'avambraccio. L'autore tentò di ricostruire l'articolazione mancante della spalla facendo risalire i monconi dell'omero mancante della testa fissandolo quindi contro l'estremo inferiore esterno della clavicola. L'estremità omerale trovavasi distante 7 centimetri dalla clavicola l'estremità clavare era ricoperta da cicatrici. Il muscolo deltoide presentavasi atrofico e soltanto il gran pettorale formava in certo modo l'unico sostegno del braccio.

L'A. praticò 1° un'incisione sul bordo anteriore ed attorno all'estremità esterna della clavicola con sollevamento della lamina della ferita per scoprire la faccia superiore dell'osso e quella inferiore che occorreva recitare. Il recitamento venne praticato con uno staccamentum per un'estensione di circa 4 centimetri quadrati, respingendo il periostio scollato alla periferia. 2° incisione longitudinale antero-esterna prolungata abbastanza in basso onde scavare un solco destinato a permettere all'omero di risalire verso la clavicola. Si dovette, durante tale atto operativo, aver speciale riguardo di non ledere il fascio nervo-vascolare, in tal caso superfluo, occorre inoltre sacrificare molti fasci fibrosi. L'estremità omerale, essendo notevolmente assottigliata, venne smussata in modo da ottenere una discreta superficie di sezione. Quindi l'A., mediante due fori praticati nella clavicola davanti in basso e due fori praticati nel capo omerale d'avanti in alto, fori per i quali egli fece passare due fili d'argento, riunì le due ossa fra di loro, fissando le anse ottenute col l'arricciamento dei fili alla faccia superiore della clavicola. Quindi, mediante distacco dell'inserzione clavare

del deltoido atrofico e sua inserzione al trapezio distaccato al di sopra della clavicola, tenne il tendine di un muscolo diafragmatico che potesse in qualche modo giovare ai movimenti della praticata neoartrosi. Suture inoltre agli strati parostali dell'omero i fasci apprezzabili dei muschi superiori. Tutte le suture vennero fatte col catgut, e la parte tesa a a con garza iodoformica, immobilizzando quindi l'arto con la mano puntata sulla spalla destra. Onde assicurare il successo venne mantenuta un'assoluta immobilità della parte per la durata di 4 mesi. Tolto l'apparecchio contenitivo, riscontrossi una neoartrosi costituita dalle estremità clavico-omerale ipertrofizzate, mentre il deltoido aveva con elemento ricostruito il moncone della spalla togliendo la depressione sottoclavare preesistente. La funzionalità dell'arto in toto mano in toto ripristinatosi in modo che il membro operato poteva da ultimo sollevare un peso di 40 chilogrammi. Mentre la neoartrosi presentavasi solidissima, i fili metallici non fanno per nulla sentire la loro presenza, e soltanto tratto tratto fanno qualche lieve dolore. L'A. conclude osservando come tal metodo possa essere applicato anche ad altre articolazioni, come ad es. il gomito, che tanto di sovente resta ciondoloni nelle resezioni (1). Aggiunge che in dove i muscoli non sono completamente atrofici, finché normale è il nervo che li anima, si può, con la restituzione dei loro rapporti, sperare ancora di render loro una parte di funzionalità. G. B.

LESCA. — La calcificazione nei tessuti. — (*Journal de médecine et de chirurgie prat.*, 25 agosto 1890).

Si tratta di un'affezione rara la natura della quale non è ancora ben conosciuta. Il dott. Lesca ha seguito un caso per lungo tempo nella clinica di J. P. F. Poncet ed ha ricordato a questo soggetto qualche osservazione analogha.

Il caso osservato è relativo ad un giovane di 16 anni colpito da reumatismo cronico, che lascerà come risultato un certo numero di deformazioni caratteristiche. Il malato quattro anni

(1) In Italia vennero ripetutamente usati fili suture metallici per la sostituzione dell'articolazione del gomito e del polso in seguito a resezione dello stesso, e tal metodo, venne in parecchi casi raccomandato ed usato dall'III. mo prof. Durante.

(Nota del recensore)

dopo presentava dei tumori di una apparenza particolare e così contrassegnati:

A livello delle membra inferiori, principalmente alla faccia posteriore, il malato presenta dei tumori multipli; fra questi il più sviluppato e il più importante è alla faccia posteriore della coscia destra. Nella sua parte media, esiste un tumore di volume di un pugno, allungato nel senso del muscolo bicipite. Questo tumore è irregolare, bernoccolato. In certi punti la consistenza è dura, quasi ossea; in altri, meno numerosi, esiste una certa fluttuazione. La pelle è poco modificata a questo livello, è soltanto un po' rossa. Il tumore sembra avere delle estese connessioni coi muscoli. Alla palpazione, esso è alquanto dolente; non vi sono però dolori spontanei.

Altri tumori più piccoli esistevano nella natica sinistra, in vicinanza della piegalura della natica, alla parte media e al terzo superiore della coscia sinistra, nella pelle della parete addominale a livello della fossa iliaca destra, alla parte esterna del ginocchio destro, alla parte interna del ginocchio sinistro.

Fatta l'estirpazione dei tumori più grossi, essi si presentarono formati da masse calcaree scavate da cavità contenente una certa quantità di un liquido biancastro. Il malato guarì perfettamente dopo queste operazioni, ma in seguito ebbe un nuovo attacco di reumatismo e poco dopo una nuova produzione di tumori.

Questo stato morboso è difficile a spiegarsi. L'esame istologico ci mostra che si trattava di infiltrazioni calcaree primitive, e non di una degenerazione secondaria di un tumore qualsiasi.

Questa osservazione ricorda un caso esaminato dal Marro e pubblicato dal Tessier nel suo lavoro sul *Diabete fosfatico*.

Tali tumori potrebbero essere in qualche modo assimilati ai tofi dei goticosi.

Le

I. BOAS. — **Cura medica delle fessure all'ano.** — (*La Semaine médicale*, n. 39, 1899)

L'autore ottenne 10 volte su 12 la guarigione della fessura all'ano con un semplice trattamento medico, il quale ha sostituito il raro l'immobilità completa della regione anale. A tale scopo l'infermo deve rimanere una settimana

a letto, nutrendosi durante tutto questo periodo di tempo esclusivamente di minestrine e prendendo la tintura d'oppio alla dose di 10 gocce, ripetute tre volte al giorno. In tal modo si determina una costipazione assoluta. Se la fessura è accessibile alla vista, la si spolvera con una sostanza antisettica secca, come l'iodoformio, il calomelano, ecc., ma senza toccarla né con la mano, né con strumenti, né con oggetti di medicatura.

Bisogna pure astenersi da ogni lavatura antisettica, che sarebbe più dannosa che utile. Al termine di otto giorni si somministra una forte dose di olio di ricino, raccomandando all'infermo di non vuotare il ventre se non quando sentirà le feci divenire completamente liquide, e di non fare alcuno sforzo durante l'evacuazione delle materie. Spesso la prima defecazione è indolente e la fessura si trova guarita. In certi individui, per ottenere questo risultato, bisogna ripetere il trattamento una seconda ed anche una terza volta.

Questo metodo non fallirebbe che nei rari casi in cui non si può ottenere una ritenzione completa delle feci.

E. T.

H. FISH. — Importanza dell'esame del sangue prima dell'anestesia. — (*La Semaine medicale*, n. 39, 1899)

Quantunque gli accidenti dovuti all'anestesia chirurgica non siano molto frequenti, il dottor Fish crede tuttavia che in un buon numero di casi la morte degli operati dipenda indirettamente dalla narcosi e dalla sua influenza debilitante sull'organismo che, per ciò, non si trova più in istato di resistere all'infezione.

L'A. ritiene che, prima di procedere ad un'operazione, non basti di esaminare il cuore, i polmoni e l'orina, ma che sia indispensabile di praticare anche l'esame del sangue, il miglior criterio dello stato di un infermo. Si dovrebbe adunque, secondo il Fish, determinare il peso specifico del sangue, la sua reazione, il numero dei globuli bianchi e rossi che contiene, e il tasso emoglobinico. Bisogna astenersi dal praticare l'anestesia quando la proporzione d'emoglobina non raggiunge il 50 p. 100 del tasso normale, altrimenti si corre il rischio di provocare un collasso, poiché l'agente anestetico priva l'emoglobina del suo ossigeno.

Parimente, la diminuzione del numero dei leucociti costituisce una contro-indicazione all'intervento, perchè essa

influisce in modo sfavorevole sulla reazione a riguardo della anestesia e sulla rigenerazione post-operatoria dei tessuti.

L'A. raccomanda poi, nei casi in cui l'operazione duri a lungo, di esaminare il sangue a più riprese per rendersi conto dello stato del paziente.

Noi dobbiamo dichiarare che le conclusioni del Fish non possono accettarsi senza le più ampie riserve, e che l'ultima raccomandazione non ci sembra possibile in pratica, poiché il chirurgo quando si è accinto ad un importante atto operativo, non può essere distratto per nessuna cagione, né può sospendere le manovre operatorie per far eseguire l'esame del sangue del paziente e per attenderne il risultato.

E. T.

J. H. NICOLL. — Sterilizzazione delle sonde e dei cateteri. — (*La Semaine médicale*, n. 39 1899).

Basandosi su ricerche personali, l'A. è giunto alle seguenti conclusioni :

I cateteri metallici possono essere resi asettici col calore; ma i cateteri molli non sopportano il grado termico necessario alla loro sterilizzazione. Immergendoli per un quarto d'ora in una soluzione di acido fenico al 5 p. 100, o per una mezz'ora in una soluzione al 2,5 p. 100 o per un'ora in una soluzione di sublimato all'1 p. 1000 si rende vischiosa la loro superficie. Si possono liberare da ogni germe strofinandoli con della garza sterilizzata e con acqua calda? Le esperienze del Nicoll permettono di rispondere affermativamente a questa domanda: egli raccomanda però di lasciare da parte i cateteri la cui superficie presenta qualche fessura.

In quanto alle sonde, esse possono venire sterilizzate col calore se sono metalliche.

Le sonde di caucciù rossa possono essere sottoposte senza danno all'ebollizione o al vapore: possono anche stare immerse impunemente per parecchi mesi nell'acqua fenica al 5 p. 100 o in una soluzione di sublimato all'1 p. 1000. Per contro le sonde di gomma non sopportano questi liquidi, possono essere ben conservate nell'olio fenicato al 2,5 p. 100, ma in tal modo non sono che insufficientemente sterilizzate se sono infette.

Quasi tutti i cateteri molli sopportano l'immersione nella trementina; però non sopportano l'alcool né l'etere, che sono

indispensabili per liberarli dalla detta sostanza che non potrebbe quindi adoperarsi utilmente.

I vapori di formol sono, secondo l'A. assolutamente impropri alla sterilizzazione delle sonde.

I cateteri di gomma non sopportano il calore, sia secco o umido.

Le lavature delle sonde con acqua calda e sapone non diedero al Nicoll dei risultati costanti. Egli tentò allora di lavare i cateteri con una soluzione calda di carbonato di soda al 5 p. 100, poi con la stessa soluzione e con l'acqua fenica al 5 p. 100. In una terza serie di esperienze sostituì l'acido fenico col sublimato all'1 p. 1000. Nessuno di questi tre mezzi offre una sicurezza assoluta, il secondo è il migliore, ma altera le sonde. I risultati dipendono, del resto, dalla natura del catetere e dai microbi a cui fu esposto.

Come conclusione pratica l'A. raccomanda di servirsi il più raramente che sia possibile delle sonde: nei casi in cui il loro uso è indispensabile, bisogna usare di preferenza le sonde in caucciuc rosso; se non si riesce a vincere l'ostacolo, il Nicoll consiglia di ricorrere ai cateteri di gomma piuttosto che alle sonde metalliche. Quando l'orina è molto settica, è bene distruggere la sonda dopo il cateterismo: in caso contrario ci si limiterà a lavarla prima con acqua e sapone, poi con una soluzione antisettica. I malati che debbono fare un uso quotidiano di cateteri di gomma li conserveranno nell'acqua borica o in altra soluzione antisettica debole.

E. T.

A. GHEDINI. — Ferita accidentale dell'arteria iliaca esterna. Allacciatura Guarigione. — (*Supplemento al Policlinico*, 9 sett., pag. 1422).

L'autore narra d'aver accidentalmente recisa l'arteria iliaca esterna destra, eseguendo un'operazione chirurgica in corrispondenza della fossa iliaca dello stesso lato. L'arteria era avvolta da un ammasso di tessuti infiammatorii, talchè non gli venne dato di riconoscerla nè per i suoi caratteri fisici, nè per la pulsazione.

Tamponata l'imponente emorragia sopravvenuta, ricercati i due capi dell'arteria, si legò separatamente con seta ed in fine riempi la cavità della fossa iliaca con garza sterilizzata. Tolto un leggero senso di formicolio, estendentesi da prima

alla faccia anteriore di tutta la coscia, poscia alla radice della coscia stessa, l'ammalato guarì perfettamente, lasciando il luogo di cura al 24° giorno, non lamentando più alcun disturbo a carico dell'arto inferiore destro.

L'A. conclude facendo osservare come il caso da lui esposto dimostri:

1° Che non è vero sia pressoché impossibile legare con successo il tronco ileo-crurale, se non preesiste la dilatazione delle collaterali, determinata dalla compressione o dalla presenza di un'aneurisma;

2° Che la legatura dell'arteria iliaca esterna per ferita accidentale, può decorrere invece assai favorevolmente, come nel caso esposto.

Il caso operato dall'A. di allacciatura dell'arteria iliaca esterna per ferita, sarebbe il quarto ricordato dalla medicina operatoria, probabilmente perché la ferita di tale arteria produce la morte in pochi minuti prima che si arrivi a gettare su di essa un laccio per arrestarne l'emorragia.

G. B.

STEFFENS. — Delle laparotomie multiple nello stesso individuo. — (*La Semaine médicale*, n. 39, 1899.)

Lo studio comparativo delle constatazioni fatte in occasione di parecchie laparotomie eseguite sul medesimo paziente, costituisce uno dei mezzi migliori per elucidare le cause delle aderenze peritoneali post-operatorie. L'A. ha fatto questo studio su 15 soggetti in cui il Kummell (di Amburgo) aveva praticata una laparotomia ripetuta. Il punto principale che risulta da tali ricerche è che in tutti i casi in cui erasi osservata dopo il primo intervento una ipertermia attribuibile allo stato dell'addome, si trovarono alla seconda laparotomia, delle aderenze, mentre queste ultime mancavano completamente in alcuni individui che erano guariti dopo la prima operazione senza elevazione di temperatura. Risulta da queste constatazioni che lo sviluppo delle aderenze peritoneali sarebbe prodotto in gran parte da un'infezione leggerissima che, senza dar luogo ad una peritonite manifesta determinerebbe tuttavia un aumento leggiero di temperatura. L'A. attribuisce parimente una parte considerevole alle lesioni della sierosa e all'assenza dei movimenti peristaltici dell'intestino. Per contro, non attribuisce che un'importanza

secondaria alla questione se nel corso della laparotomia ci si debba servire di tamponi secchi o umidi.

Per quanto si riferisce alla peristalsi intestinale, il Kummell tende ad ottenere, col mezzo di clisteri, una evacuazione di gas, al più tardi dodici ore dopo l'intervento, e così procedendo egli non ebbe a registrare un solo caso di ileo post-operatorio. Nei soggetti in cui si praticò una sutura intestinale, i clisteri furono sostituiti dalla semplice introduzione d'una cannula nel retto.

E. T.

STEDMAN BULL. — Patologia e trattamento dei seni adiacenti alle orbite. — (Med. Record, luglio 1899).

La conoscenza dell'ubicazione ed estensione delle malattie, che possono svilupparsi nei seni adiacenti alle orbite e che interessano queste secondariamente è di un eccezionale interesse per decidere dell'opportunità maggiore o minore di un intervento chirurgico, nonché della natura ed importanza dello stesso atto operativo. Il lavoro dell'autore su questo argomento, minutamente particolareggiato in ogni sua parte e ricco di utili insegnamenti, desunti dalla propria esperienza, può riassumersi in questi brevi cenni, forse troppo brevi, perché non abbia in qualche modo a scapitarne per importanza e per chiarezza.

I seni frontali, gli antri mascellari, le cellule etmoidee e i seni sfenoidali possono essere non infrequentemente la sede di malattie infiammatorie acute e croniche, come il mucocoele e l'empima, con prevalenza di quest'ultimo, giacché anche il mucocoele a lungo andare si trasforma sovente in empiema. Considerando come queste cavità seno fra loro intimamente connesse e come siano comparativamente vicine l'una all'altra le loro aperture nel canal nasale, se ne arguisce facilmente la possibilità delle infezioni dall'esterno e la facilità a propagarsi delle malattie dall'un seno all'altro. E poiché l'antro mascellare è situato più in basso di tutti, così è spesso destinato a ricevere anche il pus degli altri, ed in conseguenza, complessivamente considerato, è quello che trovasi ammalato più spesso di tutti. Secondi, per ordine di frequenza, e sempre per ciò che riguarda il mucocoele e l'empima, vengono i seni frontali, i quali ammalano quasi esclusivamente negli adulti, essendo nei bambini pochissimo sviluppati, più

negli uomini che nelle donne, più spesso a destra che a sinistra primitivamente, ma in seguito il processo può facilmente estendersi dall'uno all'altro perforando il setto osseo che li divide. Ammalano più raramente l'etmoide e lo sfenoide.

La diagnosi è difficile, segnatamente nei casi recenti, e più specialmente ancora nelle raccolte primitive dell'antro mascellare, che d'ordinario non sono dolorose. Col tempo il pus si fa strada attraverso il canal nasale e allora la diagnosi di natura è molto semplicizzata. Per quella di sede possono far la luce: il dolore, la cui mancanza depone per un empiema dell'antro mascellare, mentre la sua localizzazione sopra le orbite sta in favore di una raccolta del seno frontale e la sua profondità, verso la base del cranio, indica piuttosto una lesione dell'etmoide o dello sfenoide. l'esame diretto del canale nasale, magari col sondaggio delle varie aperture, se possibile, lo spostamento del globo oculare in un senso piuttosto che in un altro, quando spostamento esista, e finalmente la transilluminazione con una forte lampada, che però è un mezzo di indagine di mediocre valore.

Le cause predisponenti sono la tubercolosi, la risipola, la febbre tifoidea e tutte le malattie di natura infettiva i cui germi possono penetrare nei vari seni attraverso le loro aperture nel canal nasale e determinarvi un processo suppurativo.

Il trattamento curativo generale è l'apertura dell'ascesso e le conseguenti pratiche di disinfezione. I processi variano naturalmente a seconda delle condizioni anatomiche della parte ammalata. Per il seno frontale l'autore descrive un metodo semplicissimo consistente in una incisione trasversale alla radice del naso, abbastanza estesa da permettere l'apertura di ambedue i seni, quando questa sia necessaria. La perforazione dell'osso può esser fatta collo scalpello o colla trefina. L'autore raccomanda questo secondo mezzo. Dall'apertura così praticata si cercherà di rimuovere tutte le fungosità dalla mucosa che tappezza il seno, e quando ciò non sia possibile, l'autore consiglia, per raggiungere lo scopo, necessario d'altronde per ottenere la guarigione, di demolire tutta la parete anteriore del seno. Compiuta così l'operazione, si riuniscono le parti molli lasciando un drenaggio per le ulteriori disinfezioni. Raramente si potrà evacuare il pus facendo il cateterismo dell'infundibolo attraverso il canal nasale, operazione questa molto delicata, spesso pericolosa e solo possibile in certe speciali conformazioni del naso. Qualche volta

essendo in pari tempo compromesse le cellule etmoidee, può occorrere di aprire anche queste, ed in tal caso deve praticarsene l'apertura dall'interno del canal nasale, ed introdotto quindi un drenaggio fin entro al seno frontale, le irrigazioni disinfettanti si faranno per questa via e la ferita alla radice del naso potrà essere suturata per intero. Secondo Lieck la presenza di una fistola non è una controindicazione all'atto operativo.

Le cose non corrono altrettanto semplicemente per l'antro mascellare. L'apertura dev'essere praticata a livello della fossa canina. Questa apertura è solo temporanea e fatta con un duplice scopo: primariamente quello di vuotare l'ascesso e pulire il seno delle fungosità; secondariamente quello di permettere che possa stabilirsi un'apertura di comunicazione fra l'antro e il canal nasale allo scopo di operare il drenaggio. Questo secondo tempo dell'operazione si compie con una tre-fina introdotta nell'antro per l'apertura già esistente e diretta contro la parete interna o nasale dell'antro, anteriormente ed immediatamente al disopra dell'antro stesso. Attraverso le due aperture si fa passare, per mezzo di un ago, un drenaggio, di cui un'estremità resta nell'antro e l'altra esce nel canal nasale in modo da poter eseguire per questa via l'antisepsi del cavo ascessuale e chiudere la breccia praticata in corrispondenza della fossa canina.

L'autore ha sempre trovato l'empima dell'antro molto ostinato, e non raramente ribelle alla cura. Consigliava perciò soluzioni antisettiche molto energiche, e di tanto in tanto qualche irrigazione con una soluzione di cloruro di zinco, specialmente in principio.

L'empima etmoidale deve aprirsi, come è detto più innanzi dal canal nasale.

Lo sfenoide presenta spesso curiose anomalie, ma in genere le relazioni tra quest'osso e le cellule etmoidali sono così intime, che qualunque processo cronico sviluppatosi in uno, finisce per coinvolgere anche l'altro. L'apertura di questo seno può farsi dal naso e dall'orbita, sempre attraversando le cellule etmoidali, e la seconda via è da preferirsi perchè l'apertura dell'antro nel naso è in posizione molto variabile e l'uso del rinoscopio ha dato finora risultati troppo poco soddisfacenti.

Per quanto concerne i tumori che possono svilupparsi nelle ossa del cranio o dei seni in essi contenuti, è un fatto

conosciuto com'essi abbiano la tendenza ad estendersi in ogni direzione dall'uno all'altro seno e spesso esistono da lungo tempo ed assumono considerevoli proporzioni prima di raggiungere le orbite.

La loro etiologia è estremamente oscura. Si è attribuito un certo valore alla sifilide, alla gotta, al reumatismo, ai traumi e finalmente si è concessa forse la parte principale ad un'anormale condizione embriologica delle cellule ossee.

Dei tumori sono più frequenti il polipo, l'osteoma, il fibroma ed il sarcoma; più rari l'encondroma e il carcinoma. I loro sintomi sono pochi ed oscuri, avendo per la massima parte uno sviluppo lento ed insidioso. La disintegrazione estesa dell'etmoide dello sfenoide e dei mascellari superiori per opera dei tumori, che originano dai rispettivi seni può essere già avvenuta, prima che tale accrescimento si sia manifestato nell'orbita coi segni abituali di spostamento o protrazione del globo oculare.

La prognosi, fatta eccezione per l'osteoma del seno frontale, per l'osteoma incapsulato dell'orbita e dello sfenoide e in parte anche per i polipi è sempre infausta. Col vuotare i seni ed anche col'estesa resezione delle ossa malate, non si riesce ad arrestare il progresso della malattia e divengono necessarie successive operazioni che indeboliscono sempre più il potere di resistenza del paziente. La tendenza di questi tumori a crescere verso l'esterno anzichè verso l'interno, spiega come i soggetti possano vivere a lungo, e come finiscano piuttosto per esaurimento che per complicazioni cerebrali. L'intervento chirurgico è quasi immancabilmente seguito da un ritorno del tumore, che la seconda volta cresce ancora più rapidamente e ad ogni operazione successiva il periodo di quiescenza nel ritorno del tumore si abbrevia ed aumenta la rapidità di accrescimento.

È opinione dell'autore che prima di accingersi ad un atto operativo su questi pazienti dovrebbe essere avvertita la famiglia o il paziente stesso della gravità del male e della impossibilità di una guarigione duratura, dovendo la responsabilità della decisione non gravare sul chirurgo.

Le operazioni ripetute accorciano indubbiamente la vita del paziente. Mentre quindi è un dovere l'operare in tutti quei casi nei quali esistano forti ed insopportabili dolori, deve il chirurgo essere molto restio, quando si tratti semplicemente di togliere o deformare fistole, o sfiguramento della faccia.

c. f.

NOVARO. — Cura di pterecoci, flemmoni ed ascessi. —
(Supplemento al Politecnico, 16 settembre 1899, n. 463)

Il prof. Novaro, nella cura dei pterecoci, flemmoni ed ascessi, adopera un impacco costituito dalla seguente formula:

Acido fenico cristallizzato g. 4
 Alcool rettificato » 50
 Acqua distillata » 150

Praticata la spaccatura dell'ascesso, flemmone ecc. con bisturi sterilizzato, lava abbondantemente la ferita con soluzione di bicloruro di mercurio al 2 1/2 p 100, quindi applica il fomento in parola, che ricopre con makintosh o guttaperca o carta pergamenata, avvolgendo il tutto con un gro-stro strato di cotone idrofilo asciutto, quindi mantiene tal medicazione in sito con opportuna fasciatura. L'acido fenico, oltrechè quale antisettico, agisce anche come caustico producendo delle vere escare sulla parte su cui viene adoperato. L'alcool, esso pure antisettico per eccellenza, possiede energica azione deterensiva, dando luogo alla più accurata disinfezione e facilitando il processo di granulazione dei tessuti.

Il Rovatti, nella *Gazzetta degli ospedali* n. 67, 1899, riferisce diversi casi clinici nei quali ha usata con successo tale medicatura. Osserva però come tal cura presenti qualche inconveniente, poichè prima di tutto è alquanto dolorosa e non si può usare su larga superficie del corpo per il pericolo di un assorbimento generale od avvelenamento per acido fenico.

Perciò dovrà esser regolata, secondo i casi, dal criterio del medico curante.

G. B

FRANKE. — Postumi chirurgici dell'influenza. — *Centralblatt für Chirurgie*, n. 27, 1899,

L'A. fa osservare come, oltre alle otiti ed agli empiemi consecutivi all'influenza, vi siano molteplici altre affezioni morbose di spettanza chirurgica che tengono spesso dietro a tale malattia infettiva. Enumera pertanto una serie di affezioni nervose aventi per base una vera nevrite, che possono far credere alla esistenza di una malattia chirurgica.

Spesso attacchi anginosi con senso di soffocazione sono conseguenza dell'influenza, come anche una caratteristica nevrite linguale. Frequenti sono le nevriti intercostali e lombari che talora fecero supporre l'esistenza di peritoniti e di appendicitì; talvolta s'ebbero nevriti ascellari, dell'otturatorio e delle gonartriti. L'A. osservò pure sei volte l'ulcera perforante del naso. Di solito le malattie ossee postinfluenziali presentano carattere benigno, rarissime sono le suppurazioni ed i sequestri.

Tutte le ossa possono venire attaccate, ma specialmente quelle del piede e la tibia. I dolori alla pianta del piede od al calcagno, tanto frequenti nei malati e nei convalescenti di influenza, spesso sono dovuti ad una fascite plantare o ad una nevrite plantare od a periostite del calcagno. Talora, dopo l'influenza, si videro insorgere delle miositi, borsiti ed anche tendosinoviti, che però mai suppurano. Il metodo curativo consiste unicamente nel riposo generale ed in special modo dell'arto ammalato.

G. B.

N. BIAGI ed I. BRUSCHI. — Nuovo metodo per la cura radicale delle varici. — (*Supplemento al Policlinico*, II, 42, 19 agosto 1899).

Gli autori, premessa una breve storia dei vari metodi di cura radicale di tale infermità, espongono un nuovo metodo escogitato dall'illustre professor Durante ed applicato in tre casi nella sua clinica durante lo scorso anno scolastico.

Prevvia applicazione di un laccio elastico alla parte superiore dell'arto inferiore presentante varicosità, queste inturgidiscono, disinfettata allora accuratamente la parte, mediante apposito ago-cannula, vengono introdotti dei pezzi di catgut lunghi dieci centimetri entro al lume del vaso, sospingendoli dentro mediante apposito stiletto adattato alla cannula. Il catgut del numero 0, fu precedentemente immerso per 24 ore nel liquido del Piazza e sterilizzato a secco, di modo che presenta una relativa resistenza, che ne facilita l'introduzione nel lume del vaso.

Dopo pochi giorni, in tutti tre i casi, notavasi di già la formazione di estesi coaguli che a poco a poco si estesero a tutte le vene superficiali ectasiche, mano a mano consolidandosi e diventando fibrosi. In un sol caso s'ebbe reazione locale piuttosto forte, che ben presto scomparve mediante

opportuna cura. Gli autori praticarono pure uno studio sperimentale su cani, introducendo nelle varie vene superficiali dei pezzi di caigut e studiando il modo di comportarsi delle stesse nelle varie epoche. Costantemente ottennero coaguli estendentisi oltrechè alle vene operate anche alle collaterali, coaguli che sollecitamente divennero fibrosi. Gli autori pertanto ritengono che per la sua praticità, per la facile adozione alla portata di tutti, scevra come essi asseriscono da qualsiasi grave inconveniente, il metodo da loro esposto rappresenti il migliore dei tanti finora escogitati per la guarigione di tale infermità. A scanso di troppo facili complicazioni, raccomandano una scrupolosa antisepsi della parte, del materiale introdotto, dello strumento introduttore e delle mani dell'operatore.

G. B.

RIVISTA DI OCULISTICA

GRIESBACH — **Le impressioni sensorie nei occhi** — *The Lancet* luglio 1899).

Le ricerche dell'Autore sono oltremodo interessanti perchè i suoi risultati verrebbero a far crollare un'antica credenza, essendo essi in opposizione, colle opinioni fino ad oggi dominanti a questo riguardo. È unanime convincimento che la privazione della vista tragga seco, quasi per un naturale e provvidenziale compenso, un aumento di acutezza degli altri sensi, specialmente del tatto e dell'udito. L'autore invece, da una serie di esperimenti comparativi istituiti sopra i sensi dell'udito, del tatto, del gusto e dell'odorato in persone cieche ed in altre che possedevano la visione normale, ha potuto osservare che la *Provvidenza* non ha affatto provveduto a questo compenso.

È quasi superfluo premettere che le osservazioni furono tutte praticate in soggetti che, sotto ogni altro riguardo, erano completamente sani.

Per ciò che concerne le impressioni tattili, non fu osservata differenza rimarchevole tra il cieco ed il veggente, e, se

pure una piccola differenza esisteva, essa era tutta in favore di quest'ultimo. Gli esperimenti dettero uguali risultanze sia per i soggetti divenuti ciechi, che per i ciechi nati, ed anzi qualche volta fu notato che in questi anche il sensorio generale era alquanto difettoso. La sensibilità nel cieco è particolarmente meno acuta, in confronto del veggente, nell'estremità del dito indice; e in molti casi l'acutezza tattile dell'estremità dei due indici è diversa nella stessa persona. Per produrre una sensazione tattile in un cieco, specialmente nella regione della mano, è generalmente necessaria un'impressione più forte di quella, che si richiede per le persone che posseggono integra la facoltà visiva.

Per quanto ha riguardo alla capacità di localizzare le impressioni acustiche non sembrano esistere differenze tra il cieco e il veggente. In tutti si notarono grandi variazioni individuali. Di regola sia nell'uno che nell'altro l'uso di ambedue le orecchie dava migliori risultati che l'uso di un organo solo. Non è apparsa differenza notevole nell'acutezza visiva dei vari soggetti. Non fu osservata relazione fra l'acutezza dell'udito e la potenza di localizzare i suoni, né per i ciechi né per i veggenti.

Nessuna differenza fu notata nelle manifestazioni olfattive, né in quelle del gusto.

Nell'esecuzione di lavori manuali il cieco si stancò più facilmente di quello dotato della vista, essendo essi pari di età. Il cieco è più affaticato dal lavoro manuale che da quello mentale, ciò che non avviene nel veggente, sempre della medesima età. Se una differenza esiste nell'esaurimento dopo il lavoro mentale, questa è in favore di quelli che ci vedono.

Le impressioni erronee e le illusioni di tatto sono comuni ai ciechi e ai veggenti, con grandi variazioni individuali nell'un caso e nell'altro. Fra le parti del corpo prese in esame le impressioni fallaci erano più frequenti nelle regioni zigomatiche e meno all'estremità delle dita. Il numero degli errori cresceva in ambo i casi col crescere del numero degli stimoli e coll'aumento di pressione. Gli errori erano più frequenti, negli uni e negli altri, quando si adoperavano punte acute, che quando le si adoperavano smusse, e quando le distanze, fra i punti della pelle stimolata, erano piccole.

Da tutto ciò dovrebbe si concludere che si è corso un po' troppo nel formare l'opinione oggi dominante, e che, specialmente dai fisiologi si è fatto un po' troppo a fidanza

sopra certi soggetti privi della vista, nei quali l'acutezza degli altri sensi era straordinariamente sviluppata. Occorrono però indagini ulteriori prima che possano accettarsi le conclusioni dell'autore, come soluzione definitiva della questione

c f.

SGROSSO — Sul trattamento chirurgico dell'edema e della pustola maligna delle palpebre. — (*Annali di oftalmologia*, anno XXVIII, fasc. 3-4).

Il nuovo metodo operativo si prefigge lo scopo di sottrarre per quanto più è possibile la cute delle palpebre, non ancora necrosata, alla necrosi che il morbo stesso ed i rimedi necessari per debellarlo vi produrrebbero.

Esso consiste nel praticare nella parte più prominente della palpebra ingorgata un'incisione parallela al margine palpebrale che dalla radice del naso va fino alla coda del sopracciglio attraversando la sola cute, nel disseccare questa dai tessuti sottostanti in alto fino al sopracciglio, in basso fino presso al margine palpebrale, e, scostati in alto e in basso i due lembi, nell'eseguire col coltello candente del termocauterio causticazioni profonde per tutta l'estensione del tessuto sottocutaneo e dello strato muscolare contiguo, fino ad ottenere un'escara dura che, a misura che si forma, fa diminuire notevolmente l'ampiezza della scontinuità e lo spessore della palpebra. Imbottita con garza alla vaselina fenica e fasciata l'infermo, questi ven medicato ogni 12 o 24 ore mantenendo la fasciatura sempre umida con bagni al formolo all'1:2000. Fra il 5° ed il 7° giorno l'escara si rammolisce e si elimina, e dal fondo della piaga e dalla superficie posteriore dei lembi cutanei sorgono le granulazioni alle quali segue la cicatrice che attira nella sua antica sede la cute delle palpebre.

Tale metodo operativo venne usato in due casi gravissimi di edema infiammatorio da pustola maligna, ed il risultato fu in ambedue dei più soddisfacenti.

te.

RIVISTA DI MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE

V. WATRASZEWSKI. — **Alcune questioni circa la cura della sifilide. Quando si deve iniziare il trattamento mercuriale? Quanto tempo deve durare la cura?** — (*Arch. f. Derm. u. Syph.*, XLVI, s. 211).

L'A. si dimostra contrario, anche per considerazioni teoriche, alla cura mercuriale preventiva della sifilide, potendo questa — col sopprimere o col ritardare l'eruzione secondaria — privare l'organismo dell'opportunità di liberarsi di una parte del virus.

In 192 casi di sifilide precocemente maligna, l'A. ne enumera 135 che furono trattati più o meno intensivamente col mercurio al primo insorgere dei fenomeni primari o nel periodo d'incubazione.

Ma anche l'esperienza pratica giornaliera ha dimostrato irrazionali le cure precoci. Anzitutto il carattere dei sintomi generali ci illumina sulla natura e sulla intensità della malattia, e rende possibile il trattamento adottato ad ogni singolo caso.

Dopo la comparsa dell'esantema, il mercurio generalmente fa sparire con rapidità i fenomeni già esistenti, la qual cosa calma il paziente e lo rende meno pericoloso a quelli che lo circondano.

All'incontro i fenomeni generali non di rado appaiono al tempo ordinario, malgrado la cura mercuriale precoce e di poi prolungata, oppure sono soltanto ritardati, ed allora possono rendere necessario un prolungamento di cura, in un periodo in cui questa, per qualche ragione speciale (ad esempio per intossicazione mercuriale) non è indicata, e in cui l'azione riesce spesso senza effetto per l'abitudine dell'organismo al mezzo medicamentoso, il quale insuccesso esercita un'influenza deprimente sui malati.

Devesi infine considerare che un errore di diagnosi è sempre possibile prima dell'insorgere dei fenomeni secondari. Le ragioni allegate parlano pure contro la cura durante il periodo latente nell'ulteriore decorso della malattia, e nello

stesso tempo rispondono alla questione. « Per quanto tempo si deve curare la sifilide? » e cioè, ogniqualvolta siano comparsi e durino i fenomeni di questa. Per conseguenza l'A. si contenta bene spesso, in certe circostanze, di un'unica cura.

Nel corso di 15 anni egli ha visto 23 infermi, i quali, dopo la prima cura mercuriale non presentarono mai più alcun sintomo di sifilide durante l'osservazione protratta per anni. Quindici di essi si ammogliarono o erano già ammogliati nel periodo dell'infezione, le donne rimasero sane, non abortirono mai, ed ebbero figli sani. Cento sedici altri sifilitici guarirono con 2-3 cure, cioè che in essi la malattia dopo un periodo di manifestazione di 16-18 mesi, apparì completamente estinta.

Il pericolo principale della cura mercuriale intermittente del Fournier consiste — secondo l'A. — in un'azione nociva sul sistema nervoso, che diviene *locus minoris resistentiae*, e che subito si ammala al rialzarsi della latente sifilide.

E. T.

PANICHI. — **Due casi di gonococcemia.** — (*La settimana medica*, 26 agosto 1899).

Una lunga serie di esperienze ha ormai stabilito la possibilità di metastasi gonococciche in diversissime sedi, mentre la dimostrazione diretta del gonococco nel sangue circolante è tutt'altro che agevole ad ottenersi. I casi veramente certi nei quali si è avuta questa dimostrazione non sono che quelli dell'Ahman, dei Jullien e Sibut e del Colombini.

I casi osservati dall'A. sono i seguenti: 1° individuo che da tre mesi soffre di bienorrhagia uretrale sempre trascurata o curata male, il quale durante una ricaduta della malattia fu preso da vivi dolori ed ambo le ginocchia, con notevole tumefazione delle medesime, con aggravamento subitaneo qualche giorno dopo e propagazione de l'infiammazione alla articolazione del piede sinistro e al fascio interno del m. gemello omonimo; 2° individuo affetto da uretrite bienorrhagica un anno e mezzo fa associata ad artrite acutissima generalizzata, e nel quale riprodottasi una nuova bienorrhagia recentemente, si ripresentò la complicazione da parte della ginocchia e del piede destro.

Nel primo caso, dalla vena mediana esterna del braccio sinistro si aspirarono circa due centimetri di sangue col

quale si fecero disseminazioni abbondanti in tubi e piastra di siero di sangue umano unito ad agar glicerinato. Dopo 40 ore circa si vide che una sola piastra e un tubo erano rimasti sterili, mentre negli altri apparivano più o meno sviluppate colonie, già visibili dopo 24 ore, piccole multiple, rotondeggianti, traslucide con parte centrale più spessa, bianchecce nella parte superiore del tubo, ove il color rosso diffuso nel sangue è minore, caratteristiche insomma del gonococco. L'esame microscopico delle colonie le mostra composte di cocci e diplococchi, di aspetto simile ai gonococchi, completamente decolorabili al Gram. Dalle colture ottenute si fecero passaggi in nuovi mezzi di coltura uguali, e si ebbe una seconda, ed. in un caso, anche una terza generazione di gonococchi. I tubi di controllo di agar, brodo e gelatina rimasero completamente sterili.

Nel secondo caso, su tre tubi di agar e siero di sangue umano inoculati, uno presentava già dopo 24 ore colonie numerosissime di gonococchi, nel secondo non se ne manifestarono che dopo circa 48 ore di incubazione; il terzo è rimasto sterile, come sono rimasti sterili tutti i tubi dei mezzi comuni. Col trapianto successivo di qualche coltura, si ottennero anche tre generazioni.

In altri casi, con artriti blenorragiche a forma meno acuta, ogni ricerca restò infruttuosa. Pare quindi che la condizione più importante per riuscire ad ottenere colture sia, oltre la bontà dei mezzi nutritivi, il saper cogliere giustamente il momento dell'invasione microbica nel torrente circolatorio. All'infuori di questo momento, si può ritenere vano ogni tentativo di coltura.

È importante notare che, esaminando direttamente il sangue, da quale poi ottenne innesti positivi, l'A. non riuscì mai ad osservare gonococchi intra od extra-cellulari, il che risponde al fatto che, volendo riuscire a coltivare dal sangue il gonococco nei mezzi artificiali, è indispensabile che la quantità di sangue innestata sia assai rilevante. te.

CORNIL. — Occoldioni umana, sotto forma di tumori del tessuto cellulare sottocutaneo e delle borse sierose.

— (*Bullet. de l'Académ. de médéc.*, 25 luglio 1899)

L'autore espone due casi importanti di questi tumori parasiderici, il primo inviatogli dal prof. Duret nel 1894, il secondo più recente esaminato dal dott. Milian. Dei due tumori, il

primo fu asportato dal gomito di una ragazza di 17 anni ed aveva sede nella borsa sierosa sottostante al tricipite del gomito destro nella quale si era sviluppato nello spazio di tre anni, il secondo venne asportato dalla pianta di un piede in una bambina di 7 anni.

L'essersi sviluppati altri tumori della stessa natura a livello del gran trocantere destro e sinistro, poi alla regione postero-esterna del gomito sinistro, la presenza di un tumore analogo sviluppatosi in un fratello dell'ammalata, la presenza, constatata all'esame istologico, nel tessuto del tumore, di numerose cellule giganti, le quali, come si sa, compaiono innumerevoli quando si tratta di lottare contro dei corpi estranei all'organismo, e particolarmente contro dei parassiti, consolidarono l'ipotesi di un'infezione parassitaria nel primo caso, sebbene avessero fatto difetto le vere forme nette dei coccidi, e solo si fossero osservate nel liquido di alcune cavità contenute nel tumore alcuni frammenti rassomiglianti a capsule di coccidi.

Nel secondo caso però più recente furono riscontrati dei corpuscoli ovoidali, rifrangenti, cristallini che non assumevano alcuna colorazione, e cui altri presentavano una capsula ben netta e un contenuto che si colorava fortemente colla emalossilina. Si trovarono anche parecchi corpi ovoidi contenuti in una capsula unica.

In quanto alla struttura istologica di questo tumore, non si osservò differenza alcuna da quella osservata dal Duret.

Queste osservazioni stabiliscono l'esistenza nell'uomo di una varietà di tumori del tessuto cellulare sottocutaneo aventi caratteri propri e dipendenti da infezione coccidica.

(c).

RIVISTA DI TERAPEUTICA

Il vanadio e i suoi composti. — (*Journal de médecine et de chirurg. prat.*, 25 luglio 1890).

Diamo un riassunto sulle proprietà del vanadio, che in questo momento sta acquistando una certa importanza in terapeutica, quali sono esposte nel suddetto giornale il quale

a sua volta le massime della *Revue internationale de therapeutique*.

Il vanadio è stato scoperto nel 1805 nelle miniere di piombo del Messico, e fu così chiamato da Selfstroem che lo isolò dal ferro di Taberg. Si trova in discreta quantità nei minerali di piombo, in quelli di ferro argilloso, di cromo, e nelle antraciti d'America.

I chimici Witz e Osmond hanno constatato che l'acido vanadico, allorchando si trova in presenza di una materia organica e di un corpo ossidante incapace di cedere spontaneamente il suo ossigeno a quella, possiede la proprietà di ossidare la materia organica, di togliere poi l'ossigeno alla materia ossidante per cederla nuovamente alla materia organica e così di seguito fino a riduzione completa del corpo ossidante. Questa proprietà è stata messa a profitto allo scopo di ottenere l'ossidazione dell'emoglobina nell'organismo.

Laran e consecutivamente Lyonnet, Martz e Martin hanno compiuto una serie di ricerche sulle proprietà tossicologiche, fisiologiche e terapeutiche dell'acido vanadico e di alcuni sali di vanadio, ed eccone i risultati.

Tossicità. — Laran sperimentando l'acido vanadico in soluzione, titolata al 0,20 p. 100 su cani, ha constatato che la dose mortale per iniezione è di circa 8 milligrammi per chilogrammo d'animale, che i primi fenomeni d'intossicazione sono dati da una dose di milligrammi 1,5 per chilogrammo d'animale, che la dose mortale per via gastrica sembra essere molto superiore per quanto difficile a stabilirsi stante la rapida comparsa del vomito, e che i primi disturbi, somministrando il vanadio per questa via, si verificano alla dose di 4 milligrammi per chilogrammo.

Lyonnet, Martz e Martin hanno avuto risultati molto differenti. Nelle loro esperienze i cani soccombero dopo una iniezione intravenosa di 75 milligrammi per chilogrammo di animale. I conigli soccombero dopo un'iniezione di 17 milligrammi per chilogrammo d'animale. Le dosi furono assai più forti sperimentando per la via gastrica e per quella sottocutanea. Medesimamente si comportarono le cavie e le rane.

In tutti gli animali l'arresto del cuore si produsse alla fine, e i sali di vanadio non sono dunque veleni cardiaci.

Durante gli esperimenti non si osservò giammai la menoma alterazione dei globuli rossi, dell'emoglobina. Nessun'azione si riconobbe sui fermenti digestivi.

Azione fisiologica. — Tanto gli esperimenti di Laran, quanto quelli di Lyonnet, Martz e Martin hanno dimostrato che i cani sottoposti all'azione continuata dell'acido vanadico hanno presentato: salivazione, vomito, diarrea, rallentamento del cuore, paralisi dei vaso-motori, arresto della respirazione con persistenza dei movimenti cardiaci, abbassamento progressivo della temperatura, che gli animali sottoposti all'azione di una dose elevata d'acido vanadico, ma insufficiente per una morte rapida, presentano dimagrimento, anoressia, diarrea, poi dopo un certo tempo muoiono, che le dosi estremamente deboli di acido vanadico producono effetti diametralmente opposti, e cioè: aumento dell'appetito, del peso e delle forze.

In queste esperienze, oltre all'acido vanadico, fu usato il metavanadato di sodio.

Applicazioni terapeutiche. — Laran ha ottenuto in 15 giorni la guarigione di un osteo-artrite tubercolare del pugno in seguito alle applicazioni locali dell'acido vanadico. Gonel ha usato una soluzione di grammi 0,15 p. 1000 di acido vanadico, facendone assorbire in 24 ore milligrammi 0,45 della sostanza presa in due volte. Lyonnet, Martz, e Martin usarono una soluzione acquosa di meta-vanadato di soda in modo che l'ammalato assorbisse da 4 a 5 milligrammi di sostanza attiva nelle 24 ore, e somministrando il rimedio tre volte per settimana. Il rimedio fu sperimentato in clorotici, tubercolosi, diabetici, artritici. Esso venne tollerato da tutti, e in tutti si constatò un aumento dell'appetito e delle forze, in quasi tutti aumento del peso.

Le conclusioni alle quali giunsero i detti sperimentatori furono le seguenti:

1° Malgrado la sua tossicità, si può senza inconvenienti usare il meta-vanadato di soda per via gastrica alla dose di 4 a 5 milligrammi nelle 24 ore, prima dei pasti;

2° Dopo la sua amministrazione si manifesta quasi sempre aumento rapido dell'appetito, delle forze, e del peso;

3° Le combustioni sono attive come lo dimostra l'aumento dell'urea e del coefficiente d'ossidazione azotata. Lo zucchero può diminuire alquanto nei diabetici;

4° Il vanadato di soda ha dunque il valore di un medicamento. Potrebbe essere quindi il medicamento di scelta nei casi di nutrizione ritardata, e negli stati cachettici.

te.

DE RENZI — **L'anoselina nella cura delle febbri da malaria.** — (*La Nuova Rivista clinico-terapeutica*, n. 7, 1899).

Fra i nuovi rimedi sperimentati in questo anno nella clinica medica del prof. De Renzi, nessuno ha manifestato una efficacia così pronta e decisiva quanto l'anoselina contro le febbri da malaria. Benché i casi in cui tale sostanza venne usata siano cinque soltanto, tuttavia i risultati sono incoraggianti ed è da desiderarsi che gli esperimenti siano ripetuti su più vasta scala nelle regioni malariche.

Nel primo caso, in cui gli attacchi duravano da pochi giorni, la febbre fu troncata quasi immediatamente nel secondo, in cui l'affezione durava da parecchi mesi, gli attacchi febbrili si andarono attenuando rapidamente, e scomparvero completamente in capo a pochi giorni; nel terzo caso in cui insieme all'infezione palustre cronica coesisteva una grave cachessia sifilitica con nefrite, l'effetto fu meno pronto, tuttavia non si mostrò più efficace la stessa chinina. Negli altri due casi, che erano afebrili, si ebbe un miglioramento nella crisi sanguigna e nello stato generale dell'intermo.

La dose giornaliera dell'anoselina somministrata fu di due bicchierini da Marsala. E. T.

DE RENZI — **L'igazolo nella cura della tubercolosi polmonare.** — (*La Nuova Rivista clinico-terapeutica*, n. 7, 1899)

Fra i diversi rimedi sperimentati quest'anno nella tubercolosi polmonare, il prof. De Renzi ha voluto studiare anche l'efficacia dell'igazolo, mancato alla clinica dalla ditta Florio di Palermo. Il rimedio è stato somministrato secondo le prescrizioni indicate dal prof. Cervello a 5 infermi — due uomini e tre donne — in due dei quali l'affezione polmonare era molto progredita, mentre gli altri tre erano in uno stato non molto avanzato di malattia.

La cura fu protratta in tutti per 15 giorni, e furono praticate le inalazioni in due gruppi separati, adoperando ogni giorno e per ciascun gruppo di ammalati, una dose di igazolo gradatamente crescente da 1 a 7 grammi per giorno, sottoponendo alle inalazioni stesse ciascun gruppo per la durata di 3 ore al giorno.

Non è possibile certamente trarre una conclusione dalle osservazioni finora praticate. In due soltanto dei casi si ebbe a notare un certo miglioramento nella nutrizione generale; e in due altri si ebbe una lievissima diminuzione della temperatura media (2-3 decimi). Del resto la malattia proseguì il suo corso senza arresti o migliorie molto rilevanti.

Bisogna però notare che in tre ammalati si ebbe a verificare una sensibile diminuzione dei bacilli tubercolari nell'espettorato, il che può riferirsi ad un'azione diretta esercitata dall'inalazione sui germi infettivi nelle vie respiratorie.

E. T.

Trattamento del gozzo esoftalmico mediante iniezioni di etere iodoformizzato nel parenchima del corpo tiroide. — (*La Semaine médicale*, 2 agosto 1899)

I vari processi finora sperimentati nella cura del gozzo esoftalmico tendevano tutti a modificare la glandula tiroide provocando un processo sclerogeno della stessa. Per ciò si usarono le iniezioni di tintura di iodio che spesso provocarono flemmoni tiroidei e perciò dovettero esser abbandonate. Il dott. Pitres, professore della clinica chirurgica di Bordeaux, parlando dal punto di vista che la maggior parte degli accidenti derivanti dal gozzo esoftalmico sono imputabili a disturbi della secrezione del corpo tiroide pensò di ricorrere alle iniezioni di un centimetro cubo di etere iodoformizzato in pieno gozzo. Egli praticò in tali casi una iniezione ogni otto giorni, essendo necessario tale intervallo per la turgescenza della glandula, turgescenza che dura qualche giorno. L'iniezione è seguita generalmente da un dolore molto vivo, la di cui intensità varia secondo il soggetto. I risultati ottenuti furono molto incoraggianti anche nei casi di malattia avanzata in taluni dei quali esisteva una vera cachessia tiroidea. Dopo poco tempo dalle prime iniezioni, cessa lo snerpamento, ritorna il sonno, poco a poco la glandula rammolisce, diminuisce di volume e finalmente scompare l'esoftalmo. I malati possono allora riprendere le loro occupazioni, ma durante parecchio tempo conservano una certa ipereccitabilità del cuore che continua a presentare un ritmo precipitato. Un vero miglioramento appare soltanto dopo la terza o quarta iniezione; non bisogna pertanto cessare da tal trattamento terapeutico, altrimenti riappaiono tosto i sintomi morbosi.

Per che ogni disturbo cessi completamente bisogna continuare le iniezioni durante parecchi mesi. Il professor Pitres ha così curati dodici malati di gozzo esoftalmico. Sei di essi, dopo ottenuto un certo grado di miglioramento, con la facile mutabilità di mente, propria di tali infermi, non si fecero più vedere, gli altri sei, nei quali tal cura venne prolungata per parecchi mesi, guarirono completamente, e dopo due anni non accennano menomamente a recidivare. G. B.

LUXEMBURGER. — Circa il nuovo anestetico locale la Nirvanina. — (*Münch mediz. Wochenschr.*, 1899, pag. 9, 52)

La Nirvanina introdotta recentemente nella pratica per merito di Heinz ed Einhorn, l'autore cominciò a sperimentare da circa sei mesi, servendosene finora in 134 operazioni. — In 94 casi adoperò il metodo di Schleich per infiltrazione, ed in 40 il metodo di Oberst-Brann, vale a dire iniezioni analgesiche del membro da operarsi, precedentemente ischernizzato mediante fascia elastica. Così vennero operati tumori fibrosi, adeniti, lipomi, canceroidi, lupus, fimosi, cicatrici deformi, ecc., come pure vennero in tal modo estratti corpi estranei, unghie incarnate e denti, disarticolate delle dita ed incisi flemmoni e palerecci. Mediante l'uso di tale anestetico praticò una cura radicale di ernia inguinale, e ritiene che il suo impiego possa riuscire utile nella laparotomia, amputazioni e grandi disarticolazioni. — Con una semplice soluzione di 0,1 p. 100 si ottiene un'anestesia che scompare dopo cinque minuti. Più la soluzione è concentrata, e più dura l'analgesia: così con una soluzione di 0,25 p. 100 si ha un'anestesia di 14 minuti, e con una del 2 p. 100 un'anestesia di 23 minuti. — Le soluzioni impiegate dall'autore andarono dal 0,10 p. 100 al 2 p. 100, e la quantità del liquido iniettato vario dai 3 ai 100 c. c. Questa grande differenza nella quantità di soluzione impiegata dipende dalla varietà del metodo impiegato dall'autore. Così con il metodo per infiltrazione occorre una massa di liquido molto più considerevole che con il metodo per iniezione. — La Nirvanina possiede inoltre il vantaggio di attenuare notevolmente il dolore post-operatorio. — A ciò si aggiunge l'esser essa antisettica, il poterla facilmente sterilizzare senza che perciò perda il suo potere analgesico, e in fine l'esser essa poco tossica. Dimostro un potere eminentemente antisettico sulle culture di bacillo piocianico, di

stafilococco piogeno albo e citreo. La tossicità della Nirvanina è dieci volte più debole di quella della cocaina, sicchè occorrono grammi 0.22 di Nirvanina per uccidere un chilogramma di coniglio ed 11 grammi per uccidere un uomo del peso di 50 chilogrammi, talchè il suo uso è molto meno pericoloso di quello della cocaina, soprattutto trattandosi di operazioni di qualche importanza nelle quali occorre grande quantità di liquido analgesico.

G. B.

Trattamento della tubercolosi mediante l'uso interno di acqua fluoroformizzata. — (*La Semaine medicale*, n. 33, 2 agosto 1899)

È noto come le inalazioni di acido fluoridrico furono assai in voga per il passato nel trattamento della tubercolosi polmonare, dando risultati paragonabili a quelli forniti da altre sostanze egualmente utilizzate per inalazione, ora il dottore Stepp di Norimberga ha trovato che nella cura della tubercolosi l'acido fluoridrico può esser rimpiazzato efficacemente dal fluoroformio, somministrato per uso interno in soluzione acquosa. Il fluoroformio è un corpo gassoso, solubile nella acqua nella proporzione di 2,8 p. 100.

L'acqua fluoroformizzata così ottenuta è quasi inodora ed insipida, produce soltanto un leggero senso di bruciore nella retrobocca, e può essere prescritta per uso interno, senza alcun inconveniente fino alla dose di 100 grammi nelle ventiquattro ore. La dose media è di 4 o 5 cucchiari per giorno da caffè o da tavola secondo l'età dei malati.

Il dottor Stepp ebbe soprattutto dei risultati incoraggianti nelle tubercolosi locali. Così in un un fanciullo, ammalato da sei anni di un tumor bianco ad un ginocchio con seni fistolosi multipli ed abbondante secrezione di pus, egli poté ottenere, mediante la medicazione fluorofornica, una guarigione completa nello spazio di due mesi.

Con lo stesso trattamento terapeutico in meno di un mese, egli narra d'aver guarita un'artrite tubercolare del ginocchio e d'aver visto cicatrizzarsi rapidamente un'ulcera tubercolare dell'ano. In un caso di lupus del a faccia, ribebe ad ogni cura, mediante l'ingestione prolungata di 100 grammi giornalieri di acqua fluoroformizzata, egli vide apparire dapprima congestione intensa della parte malata, associata a dolore, gonfiore e consecutiva eliminazione dei focolai luposi. La paga

che ebbe a risultare da tale processo non tardò a cicatrizzare. Nella tubercolosi polmonare gli effetti di tal rimedio furono meno marcati. Su 14 tisiici sottoposti a tale trattamento, nove che presentavano soltanto dei focolai di indurimento polmonare presentarono sensibile miglioramento, mentre cinque affetti da caverne, non ne mostrarono alcuno.

G. B.

Prof. CHIRONE — Sulla ferratina. Schiarimenti ed osservazioni — (*Giorn. internaz. delle scienze med.*, 31 luglio 1899).

L'autore, a proposito di alcuni appunti comparsi nella *Gazzetta degli ospedali* sul capitolo *Ferratina* del suo *Trattato critico dei medicamenti nuovi*, coi quali non si accetterebbero alcune sue vedute sull'azione del medicamento in parola, fornisce nuove spiegazioni a schiarimento delle sue idee in proposito che suonano così: Dal momento che certi organismi depauperati di ferro, come avviene nella clorosi, nella cloroanemia, nelle cachessie, o per condizioni morbose gastroenteriche, o per disordini del ricambio materiale, non assimilano il ferro degli alimenti, è inutile ricorrere al ferro in quella combinazione organica speciale che si è mostrata inassimilabile od inassorbibile, se l'ematogeno naturale dell'uovo o la ferratina delle lenti non si assorbe, non potrà certo assorbirli la ferratina artificiale.

Egli critica inoltre alcune esperienze di laboratorio fatte in proposito, ed appoggia le sue vedute con quelle cliniche del Battistini il quale accorda alla ferratina la possibilità di essere usata solo in quei casi speciali nei quali le condizioni dell'apparato digerente non permettono l'uso di preparati inorganici.

Siccome però precisamente nei casi indicati dal Battistini i preparati di ferro possono prestare splendori servigi somministrati per iniezione ipodermica, e siccome deve aggiungersi che la ferratina è un preparato facilmente alterabile, così lievesi secondo l'autore, abbandonare l'uso di questo rimedio il quale non può compiere in alcun modo coi preparati inorganici.

I preparati inorganici di ferro si trasformano in una particolare combinazione ferro-proteica, che viene assorbita ed assimilata, componendosi da alimento non solo, ma avendo

anche come medicamento, forse esaltando l'attività degli organi emopoietici.

Queste vedute sono state recentemente confermate da studi clinici e sperimentali, i quali hanno dimostrato l'azione ematopoietica del ferro e del manganese non solo, ma anche del rame, dello zinco, del mercurio ed in generale di tutti i metalli pesanti i quali non sono certamente sostanze istogenetiche.

Trattamento dell'idrorrea nasale mediante l'uso interno di atropina associata a stricnina. — (*La Semaine médicale*, n. 33, 2 agosto 1899).

Contro la corizza spasmodica di forma idrorreica, producentesi in qualsiasi stagione, il dott. Lermoyez, medico degli ospedali di Parigi, ha ricorso con successo all'uso interno dell'atropina associata a stricnina. Il primo di questi prodotti modera l'ipersecrezione della mucosa senza modificare la dilatazione vasale del naso che viene precisamente diminuita dalla stricnina, donde la necessità di somministrare uniti i due medicamenti onde ottenere un risultato terapeuticamente completo. Il Lermoyez suggerisce la formula seguente.

Solfato d'atropina 0 grammi 005 milligrammi
» di stricnina 0 grammi 05 centigrammi
Sciroppo di scorza di aranci amari 400 grammi.

Da prendersene due cucchiari da tavola al giorno al momento dei pasti.

Localmente si farà uso di una pomata nasale anodina. Sotto l'influenza di un tal trattamento si otterra la guarigione dell'idrorrea nasale nel maggior numero dei casi. Tale medicazione venne generalmente sopportata molto bene dai malati.

Due pazienti soltanto presentarono intolleranza per la medesima, uno lamentandosi di congestione cefalica intensa con ronzio agli orecchi dopo il pasto, l'altro accusando una penosa sensazione di stringimento del capo.

G. B.

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE

ED. LOISON. — **Installazione e funzionamento del laboratorio di radiografia dell'ospedale militare a Val-de-Grâce. — Applicazione dei raggi di Röntgen alla chirurgia di guerra.** — (Parigi, vedova Rozier, edit., via di Vauzard, 75, 1899).

Nel 1898 si è installato all'ospedale militare di Val-de-Grâce un laboratorio di radiografia con tutti gli ultimi perfezionamenti, in sostituzione di altro gabinetto della specialità già esistente e meno completo. L'A. ne ha la direzione fin dal maggio dello stesso anno, ed in questa sua memoria si propone di far conoscere ai colleghi dell'esercito la natura ed il funzionamento degli apparecchi adoperati, riserbandosi in altro lavoro di portare a conoscenza del pubblico i risultati ottenuti.

Comincia col descrivere i locali destinati al laboratorio, consistenti in due ambienti, uno grande, illuminato, per gli apparecchi necessari alla produzione dei raggi Röntgen, l'altro, più piccolo, oscuro, per leggere sullo schermo fluorescente, per tenere conservate le lastre non impressionate, per sviluppare i *clichés* radiografici.

Nel laboratorio come sorgente di elettricità dinamica si utilizzano gli accumulatori, che si caricano sul posto servendosi di una dinamo, messa in azione da un motore a gaz, della forza di un cavallo e mezzo e che consuma 1200 litri di gaz per ora. La *dinamo-shunt*, del sistema Hillariet-Hugnet, è una macchina auto-eccitatrice, ad eccitazione derivata, della forza di 750 watt. Un *reostato metallico*, intercalato nel circuito di eccitazione degli induttori, permette di dare alla corrente sviluppata il voltaggio e l'intensità necessari. Un *voltmetro*, posto in derivazione sul circuito di carica, indica il momento in cui la forza elettromotrice è sufficiente per poter lanciare la corrente negli accumulatori, abbassando il *dispositore*, e caricarli senza che si scaricano nella dinamo o ne alterino l'induzione. Un *ampero-*

metro, intercalato nel circuito da utilizzare, dimostra durante tutta l'operazione, la intensità di scarica, la quale non deve sorpassare una certa cifra, indicata come massima dal costruttore. La corrente continua, raccolta sul collettore della dinamo, dopo aver superato gli strumenti di misura e di congiunzione già nominati, passa pe *commutatore-interruttore* e s'immagazzina nelle batterie degli accumulatori raggruppati in tensione.

Gli *accumulatori* di Julien sono stati recentemente sostituiti da quelli del sistema Biot, a formazione lenta; sono al numero di 15 elementi, ripartiti in tre batterie, dando una potenzialità costante vicina alle 30 volts con una capacità di circa 200 ampere-ore, per una scarica lenta.

La corrente arriva al rocchetto, passando per un *interruttore periodico*, presso al quale è pure posto un *interruttore-commutatore*, che permette di cambiare a volontà il senso della corrente od arrestarla. Dei *piombi fusibili* o *rompi-circuito di sicurezza* sono piazzati in vicinanza di quest'ultimo, dessi fondono allorchando la corrente diventa troppo intensa, e così interrompono il circuito, prevenendo gl'incendi dovuti al riscaldamento dei conduttori, mentre evitano il deterioramento dei vari apparecchi, consecutivo sempre alle alte intensità.

Il *rocchetto* di Ruhmkorff, tipo Radiguet, adoperato nel laboratorio, dà una scintilla di 35 centimetri, però quando si adoperano tubi di Chabaud-Villard bastano le scintille di 18-20 centimetri. Nello zoccolo del rocchetto v'ha un organo accessorio, il *condensatore*, il quale serve ad aumentare la tensione delle correnti indotte, assorbendo l'extra corrente di rottura.

L'*interruttore periodico*, di cui sopra, è quello a mercurio di Ducretet, il cui motore elettro-dinamico è messo in azione da una corrente fornita da una batteria indipendente di 4 accumulatori del tipo Dani.

Come tubi di Crookes, furono adoperati nel laboratorio dapprima quelli Maret di grosso e medio calibro, oggi si preferiscono quelli di Coarreau-Chabaud e Chabaud-Villard, provvisti dell'*osmo-regolatore* Villard, i primi specialmente per la radiografia, i secondi per la radioscopia. Va però osservato che questi ultimi sono così delicati, che basta una semplice inversione di corrente od anche una scintilla esteriore (come succede quando v'è troppa resistenza nel

tubo) per forarli. I tubi sono montati sopra apposito sostegno, tipo Ducretet, per modo che possono essere spostati nel senso verticale e trasversale ed ancora inclinati in ogni direzione.

Per la radio-copia l'A. si serve di uno schermo di cartone reso fluorescente col platino-cianuro di mercurio, delle dimensioni di 35×40 , allogato nel muro di separazione dei due ambienti, di cui consta il laboratorio. Può abbassarsi ed alzarsi a volontà scorrendo in due montanti verticali, per modo da situarlo all'altezza della parte da esaminare; è mantenuto in posizione da un contrappeso. Al di sopra e al di sotto dello schermo sonvi due tende di stoffa nera, impermeabile alla luce, pieghettate in forma di mantice, per cui mentre otturano completamente i vanti superiore ed inferiore dell'apertura, ov'è adattato lo schermo, permettono a questo i movimenti di ascensione e di discesa. Il malato da esaminare è collocato nel primo ambiente, in piedi o seduto, tra la faccia anteriore dello schermo ed il tubo a focus; l'osservatore si trova nella camera oscura dall'altra parte dello schermo. Fra breve sarà messo in uso uno speciale letto-tavola, variamente inclinabile, e così potranno esaminarsi gli ammalati anche in posizione supina. Lo schermo è immobile e può essere tenuto anche a mano.

Per le preparazioni radiografiche sono state sperimentate le lastre di vetro, le pellicole di celluloidi, la carta, tutte al gelatino-bromuro. Le pellicole di celluloidi sono di prezzo elevato e non riuscirono molto soddisfacenti, la carta deve essere preparata in un modo speciale, le lastre sono fragili. Nel laboratorio si preferiscono queste ultime, conservandole in una cassetta di legno, foderata di lamina di piombo dello spessore di 3 millimetri; al momento del bisogno si avvolgono in vari strati di carta nera e poscia si mettono sotto la parte da radiografare con la parte gelatinosa a. di sopra, mentre l'altra parte poggia sopra una lamina di piombo allo scopo di prevenire gli effetti della diffusione dei raggi X e di aumentare la intensità della immagine. Per radiografare il petto, il braccio, la testa, si mette la lastra in uno *chassis* di legno con lamina di piombo, chiuso da un foglio di celluloidi, e resta in contatto con la cute, con lo *chassis* si evita di rompere la lastra, col foglio di celluloidi (o meglio con una lamina di alluminio) s'impedisce che la pelle scaldi la gelatina, alterandosi poi lo sviluppo del cliché.

Le lastre adoperate sono della fabbrica Graff e Jouglia; seno pure state utilizzate con buoni risultati le lastre Leau-court.

Come bagno, si servono di quello all'idrochinone ed al metolo, il meno caro ed il migliore, secondo l'A. In certi casi per guadagnar tempo si fa la tiratura della prova radiografica a luce elettrica su carta al gelatino-bromuro. L'A. propone nei casi d'urgenza di mettere nello *chassis*, al di sopra della lastra sensibile, uno o più fogli di questa carta, che così resteranno impressionati contemporaneamente alla prima e saranno poi sviluppati e fissati nello stesso modo. In questa guisa si può avere nello spazio di poche ore una prova della lesione radiografata; pero bisogna tener presente che in questo caso si ha una negativa del *chiché*.

Le lastre sono conservate in apposito casellario alfabetico quando riguardano ammalati in corso di cura. Ogni lastra è contenuta in una busta di carta col nome del soggetto, il corpo cui appartiene, la natura della lesione ed un numero d'ordine corrispondente a quello d'un registro, ove sono descritte tutte le particolarità del caso clinico. Le lastre, che si riferiscono ad individui già usciti dall'ospedale, sono classificate per regioni e per natura della lesione, desse sono collocate in apposite cassette, chiuse in un armadio. Resta così costituito come una specie di archivio. L'A. si propone di tirare in carta i *chichés* più interessanti e dimostrativi, classificandoli metodicamente in un album da servire per le conferenze cliniche.

Sopra un totale di parecchie centinaia di esami non si ebbe a verificare alcun inconveniente, sia da parte dell'osservatore, sia dell'osservato.

Nella seconda parte della sua memoria l'A. si domanda se la chirurgia di guerra può avere qualche beneficio dai raggi di Röntgen ed in quali condizioni.

Occupandosi dell'impiego dei medesimi da parte di vari chirurghi nello esame dei feriti agli stabilimenti sanitari, più o meno ravvicinati al campo di battaglia, comincia col ricordare i lavori pubblicati in questo nostro giornale (1896 e 1897) riguardanti i risultati della radiografia sui reduci della guerra d'Africa, esplorazioni tardive perchè fatte al ritorno degli individui in Italia. Passa poi a menzionare i lavori di chirurghi tedeschi ed inglesi, che riferiscono i risultati ottenuti dalle applicazioni dei raggi Röntgen su feriti

curati sul campo di battaglia o sgomberati sulle formazioni sanitarie più prossime. Così Kuttner, che espone i risultati della sua pratica nell'ospedale d'Yildiz, a Costantinopoli, dove era installata la sezione della Croce Rossa tedesca inviata in Turchia (*Beiträge zur klinischen Chirurgie*, 1898, t. XX); così Abbott, che riferisce come furono utilizzati i raggi X nella cura dei feriti greci dai chirurghi della missione inglese organizzata dal *Daily Chronicle* (*The Lancet*, 1899); così il maggiore Beavor per i feriti nella campagna contro gli Afridi, in un paese freddo e montuoso (*The Lancet*, 1898); così il maggiore Battersby nella campagna inglese del Sudan (*British medical journal*, 1899), durante la quale furono organizzati dei posti radiografici non solo negli ospedali d'Abadièh e d'Ondurman, ma anche su due battelli ancorati sul Nilo e che ricevevano i feriti degli ospedali mobili, che seguivano le brigate (*Revue scientifique*, 1898). Nella guerra spagnuolo-americana si sa in modo sommario che furono utilizzati questi raggi nella cura dei feriti da Senn (*New-York medical Record*, 1898), ed ancora da Gray su tutti gli Americani feriti attorno a Santiago e trasportati a bordo del battello-ospedale il *Relief*; ma finora non si possiede alcun lavoro d'insieme.

Dai vari lavori pubblicati l'A. deduce che i raggi di Rontgen possono riuscire utili nelle condizioni di guerra:

per scoprire la presenza dei corpi estranei nei tessuti, o per affermarne l'assenza, allorchando i mezzi di esplorazione ordinari sono inefficaci;

per ricercare i metesimi, per riconoscere l'esistenza e la varietà della fratture e delle lussazioni, le osteiti, ecc., senza far saltire il ferito, senza esporsi ad aumentare i guasti anatomici (p. es. completare una frattura con le varie manipolazioni, aprire un vaso, ferire un centro nervoso o un nervo periferico con la sonda o con le punte d'un frammento), e senza portare l'infezione nella ferita (come potrebbe succedere con le dita, con le sonde, con gli stilette o con l'esploratore Trouvé);

per determinare con esattezza la situazione del proiettile e decidere in conseguenza se sia o no il caso di un atto operativo.

Intine forniscono un complemento utile alla terapia delle fratture e delle lussazioni, giacche si può vedere attraverso gli apparecchi ingessati, se la riduzione sia completa; se si

abbia ulteriore produzione della necrosi, dell'osteite; se il callo si sia formato in posizione viziosa.

Dagli stessi lavori l'A. deduce che l'impiego immediato dei raggi X sul campo di battaglia è inutile, essendo questa missione principale del chirurgo curare rapidamente i feriti e sgomberarli con la maggiore celerità possibile al più indietro. Non occorre perciò dotare del materiale speciale i posti di soccorso e le ambulanze. In una guerra in rasa campagna gli apparecchi necessari per le applicazioni in discorso dovrebbero essere tenuti negli ospedali di sgombero o nei magazzini di rifornimento, donde poi sarebbero mandati secondo i bisogni agli ospedali da campo temporaneamente immobilizzati, a quelli temporanei, a quelli permanenti stabiliti nella retrozona.

Anche in tempo di pace gli ospedali civili e militari, situati nelle piazze forti o no, dovrebbero essere provvisti di questi apparecchi. Una riserva dei medesimi dovrebbe essere posseduta dalle piazze forti importanti, per spedirsi poi agli ospedali temporanei, che funzioneranno in caso di guerra.

Nelle guerre coloniali o continentali con base di sgombero marittimo, dovrebbero esser posti sui battelli destinati a ricevere i feriti; in quelle coloniali senza base di sgombero, dovrebbero far parte del materiale degli ospedali-ambulanze.

In quanto al tipo degli apparecchi, per gli ospedali di sgombero e per i magazzini di rifornimento l'ideale, secondo Battersby, sarebbe la macchina elettrica statica agente direttamente sul tubo di Crookes, perchè così resterebbero soppressi le pile o gli accumulatori, la dinamo, il rechetto, ecc. Se quindi si potesse creare un tipo di macchina poco voluminosa e sufficiente per la radioscopia e la radiografia, facile a smontarsi per il trasporto ed a rimontarsi, sarebbe certamente la preferibile. Adoperandosi invece, come nella pratica si sono adoperati, i trasformatori (il rochetto di Rhumkorff od il nuovo trasformatore di Wydts e Rochefort), bisogna preoccuparsi della sorgente elettrica di alimentazione. Al riguardo l'uso delle pile è stato condannato da Küttner ed Abbott, perchè richiedono continua sorveglianza e complicate manipolazioni, si esauriscono rapidamente e danno una corrente incostante. Preferibili gli accumulatori ad elementi separati (tipo Dinin o Julien), che per la facilità del trasporto debbono essere poco pesanti e poco ingombranti; perciò avranno debbole capacità in ampere-ore,

donde la necessità di ricaricarli di tanto in tanto. Kuttner faceva ricaricarli alla stazione centrale dell'illuminazione elettrica di Yildiz-Kiosk; ma nella maggior parte delle località, ove si guerreggia, non si avranno questi vantaggi. Ecco quindi la necessità della dinamo e del rocchetto, a meno che non si voglia adottare, come in Germania ed in altri paesi (Radestock, *Deutsche militärz. Zeitsch.*, 1898), i proiettori di luce elettrica trasportabili, che potrebbero essere utilizzati tanto per la illuminazione del campo di battaglia, quanto per ricaricare gli accumulatori. Mancando questi apparecchi si ricorrerà alla dinamo, che si farà funzionare a braccia od a mezzo di una bicicletta (come facevano gli inglesi nel Sudan, che con una bicicletta di costruzione speciale, davano alla dinamo la celerità di rotazione necessaria); o meglio con un motore a petrolio di lieve peso; ovvero, meglio ancora, quando si abbia il triciclo automatico pel servizio velocipedistico, ricorrendo a questo.

In una guerra di montagna in un paese omogeneo, siccome le operazioni della stessa saranno transitorie ed i feriti saranno possibilmente sgomberati con la massima celerità negli ospedali posti nelle valli od in prossimità delle vie carrozzabili, non occorreranno modificazioni speciali agli apparecchi radiografici. Ma se si deve operare in un paese esclusivamente montuoso (come gli Inglesi contro gli Afriti), bisognerà provvedere materiale solido e nello stesso tempo leggero e portatile. Saranno quindi preferiti gli accumulatori con una dinamo: il materiale sarà ripartito in casse, da trasportarsi, secondo le circostanze, in vetture, a dorso di animali o da uomini. Le casse saranno tre, cioè, una per gli accumulatori, una per la dinamo, una pel rocchetto e gli accessori, per il tubo di Crookes, ecc.; se poi si vuol fare la radiografia ancora, occorrerà una quarta cassa pel necessario fotografico.

In una guerra coloniale bisognerà pensare all'isolamento speciale del trasformatore e dei fili per il calore eccessivo (ad Ondurman il rocchetto era coperto d'uno spesso strato di feltro, che si manteneva costantemente bagnato e così la evaporazione abbassava la temperatura interna dell'apparecchio, impedendo la fusione dell'isolante); ad un tipo particolare di accumulatore per impedire la evaporazione rapida dell'acqua e la diminuzione di densità, che si produce nell'elettrolito. Per la radiografia occorreranno lastre speciali

e dovrà utilizzarsi il bagno d'allume in modo da evitare la alterazione della gelatina. La penuria d'acqua in molti casi potrà rendere necessario il processo Mercier (*Revue scientifique*, 1897), che riduce notevolmente la durata del lavaggio, giacchè si eliminano gli iposoliti, facendo passare la lastra in un bagno rodato. Sarà pure preferito il prosciugamento all'alcool, la carta Eastman, se le lastre di vetro riescono troppo pesanti e troppo fragili.

Un ultimo quesito: deve preferirsi la radioscopia o la radiografia nella chirurgia di guerra? Nonostante gli innegabili vantaggi di quest'ultima, va preferita la prima per economia di tempo e soprattutto per evitare il trasporto d'una grande quantità di lastre e di reattivi fotografici. La radiografia va riservata nei casi eccezionali, per es., per localizzare più esattamente i corpi estranei, oppure per conservare la immagine di certe lesioni interessanti, che potranno avere un valore documentario ulteriore.

eq.

RIVISTA D'IGIENE

G. FRANCESCHINI, direttore del dispensario colico di Vicenza.

— **Una questione importante nella profilassi della sifilide** — (*Corriere Sanitario* n. 35, 1899).

Nello scorso anno, in una seduta del sesto Congresso medico interprovinciale della Lombardia e del Veneto tenutosi in Venezia, io feci alcune osservazioni a proposito della profilassi della sifilide, deplorando che la mancanza assoluta d'uno speciale regolamento e di una particolare vigilanza su quelle prostitute, che, contagiate di sifilide, vengono dimesse dagli ospedali come guarite, dopo una degenza di pochi mesi e magari di poche settimane, sia continuo pericolo e minaccia continua di nuove infezioni.

Quando una donna appartenente a una casa di meretricio, viene dichiarata affetta da una manifestazione iniziale della sifilide, essa viene per disposizione di legge, o curata nella così detta infermeria della casa di prostituzione, sotto la sorveglianza diretta dell'ufficio di pubblica sicurezza, oppure viene accolta — il che più spesso succede — in un'apposita sala di ospedale. E dalla infermeria o dallo spedale quella

prostituta esce qualche mese dopo, appena e in lei scomparsa ogni traccia esterna e visibile del suo male. Dimessa dallo spedale o dalla infermeria, con il suo bravo certificato di guarigione, quella venere ritorna ai tristissimi amori del suo nido di perdizione, senza che un vigile occhio intelligente più attentamente la sorvegli, o con maggiore frequenza la visiti, di quello che non siano sorvegliate ed esaminate le altre etere, che mai soffrirono di infezione sifilitica. In una parola quella prostituta viene sottoposta al regolamento comune e alla sorveglianza ordinaria, non essendovi richiamo alcuno di legge, che faccia considerare quella prostituta, apparentemente guarita, come un focolaio latente di probabile diffusione del male.



Ma io mi domando: Perché quella donna, dopo le prime manifestazioni del contagio e la prima cura, fu dimessa dallo spedale, con il battesimo della guarigione, posso io forse ritenere che essa sia realmente guarita della sua sifilide, e quindi non sia più pericolosa per chi la avvicini? la mancanza momentanea di manifestazioni sifilitiche esterne depone forse per l'assenza della sifilide dall'organismo? si può forse scientificamente ritenere che una prostituta già contagiata di sifilide, possa liberamente ed impunemente essere avvicinata dai frequentatori di postriboli, per il fatto che alla prima denuncia di sifilo-sclerosi, fu accolta in uno spedale e curata per un paio di mesi? Chi è che non sappia che specialmente durante il primo anno della infezione sifilitica, e quasi sempre anche ben oltre il primo anno, di tratto in tratto dopo intervalli di mesi, dopo un periodo di apparente salute, compariscono nei sifilitici certe insignificantissime forme umide alle mucose, che sono di indubbia contagiosità? chi non sa che perfino una goccia di sangue di siffatte prostitute sifilitiche, o l'umore che geme da una piccola erosione delle labbra, della lingua, della vagina, può essere veicolo e causa di nuovi contagi? chi è che non sappia che la sifilide viene bene spesso trasmessa ad individui sani da parte di sifilitici, che dopo un certo intervallo di tempo dalla prima cura si giudicherebbero completamente guariti del loro male e da quali non si riesce bene spesso nemmeno a indovinare quale sia stato il punto d'uscita del virus e la via di propagazione della sifilide?

Non sarà quindi questione di logica scientifica se le prostitute sifilitiche dimesse dagli spedali, dopo una prima breve cura, saranno da noi medici considerate come persone sifilitiche, nelle quali se la mancanza assoluta di manifestazioni sifilitiche esterne può dare ai profani la illusione d'una ottenuta guarigione, non potrà certo ingannare noi, cui la scienza nostra impone di considerare quelle donne come esseri contagiali e contagiosi, ai quali momentaneamente, per una semplice condizione evolutiva del loro male, mancano le stimolate superficiali di quella sifilide, che nascostamente circola loro nel sangue?

Che anzi, a dispetto di questa totale assenza di manifestazioni sifilitiche esterne, la guarigione in quelle prostitute sarà ancora tanto lontana che, secondo ogni probabilità, dopo soli pochi mesi e perfino dopo poche settimane dalla prima cura, potranno in esse manifestarsi certe speciali forme umide, e certe placche mucose, sulla cui contagiosità oggi non più si discute, e il cui contatto — per quanto siano poco appariscenti — sarà non meno funesto di quel sintoma iniziale, la cui denuncia ha fatto aprire le porte dell'infermeria o dello spedale.

Ma se per le forme iniziali della sifilide esiste un apposito regolamento sanitario profilattico, per le ulteriori manifestazioni e per il periodo immediatamente consecutivo alla prima cura, non esiste nemmeno il più piccolo capitolo di legge.

Questo silenzio sarebbe giustificato qualora scientificamente si potesse provare che la mancanza di manifestazioni sifilitiche, dopo qualche tempo dall'infezione iniziale, o specialmente dopo il periodo secondario, è prova positiva o quasi, della assenza della sifilide dall'organismo. Ma invece è pur troppo risaputo che l'assenza completa di qualsiasi manifestazione sifilitica, non solo nel primo anno della infezione, ma perfino in qualsiasi epoca della vita delle persone contagiate, non depone per l'assenza della sifilide, che si vide comparire, con forme tardive, perfino cinquant'anni dopo l'accidente iniziale. (Finger).

Ma non basta; poichè vi è anche un'altra importantissima domanda da farsi nei riguardi di una ben intesa profilassi della sifilide, ed è questa: Quale è la durata del periodo di contagio della sifilide? Per lo adietro si riteneva che solo le forme del primo periodo della sifilide, e grandissima parte di quelle appartenenti al periodo secondario fossero sicura-

mente contagiose, ma che in seguito la sifilide perdesse ogni virulenza, e non si trasmettesse più, e che le forme tardive fossero sempre prive di potere contagiante. Oggi invece vi è tendenza ad ammettere che tutte le manifestazioni sifilitiche, non escluse le gommose (Neisser, Jullien, Fournier, Landouzy) abbiano il triste potere di trasmettere il virus specifico. Oggi si sa che negli individui che furono contagiati di sifilide, può avverarsi in qualsiasi momento della loro vita, un risveglio del virus stesso, e che le stesse manifestazioni tardive della sifilide, sono direttamente provocate dall'agente virulento. Oggi si sa che le forme essudative papulose sono sempre contagiose, e che lo stesso sangue dei sifilitici, anche parecchi anni di distanza dall'accidente iniziale, può essere veicolo di un germe attivo di malattia, anzi non è nemmeno escluso il dubbio che si possa eccezionalmente avere trasmissione di malattia anche per mezzo di sangue proveniente da un sifilitico, che abbia in corso una recidiva di fenomeni gommosi. (Pellizzari)

Se con le odierne cognizioni scientifiche è divenuta discutibile la guaribilità della sifilide, anche la durata del periodo di contagio è stata portata oltre quei confini, entro i quali fino ad oggi è stata compresa. Oggi da molti specialisti è ammesso che le stesse manifestazioni gommosi possano riuscire contagiose, e se il fatto della loro contagiosità si verifica solo raramente, si è perché è assai difficile che la gomma dia prodotti trasportabili prima di essere degenerata dai processi di caseificazione. Difatti fino a che la gomma dura come granuloma inoculabile, non dando luogo a distruzione di tessuti, non dà luogo nemmeno a prodotti trasportabili, e quando da di questi prodotti, ha già subito la degenerazione granulogrossa. Ma quando ha subito una tale degenerazione, la gomma non riveste più i caratteri d'una vera manifestazione specifica, ma bensì quelli d'una degenerazione comune, e si è risaputo che le infiammazioni croniche contagiose, degenerare dalla fase caseosa, perdono la loro specificità di contagio.

•••

Se a dunque tutte le manifestazioni sifilitiche, a qualsiasi periodo del male appartengono, possono sifilizzare, e se nessun sifilitico può essere mai tranquillo dinanzi ai fenomeni tardivi, non è forse razionale criterio scientifico che gli indi-

vidui, che una volta si contagiarono di sifilide, debbano essere considerati come organismi, che sono nella potenzialità reale o virtuale di sifilizzare gli altri? e quindi con doppia ragione non si dovrà giudicare pericolosissimo il contatto carnale con quelle prostitute, che, contagiate di sifilide, sono dimesse dagli spedali dopo una primissima cura, che la scienza ci insegna essere sempre insufficiente per combattere il male? Può quindi essere impunemente permesso che una donna già contagiata di sifilide, per il semplicissimo fatto che da pochi giorni non ha manifestazioni esterne del suo male, eserciti liberamente l'infame mestiere, senza una sorveglianza speciale, senza restrizione alcuna, senza obbligo alcuno di una cura ulteriore, e si affidi alle eventualità della sorte la possibile propagazione della sua sifilide?

Che se parecchie di queste prostitute già contagiate, dopo una prima cura, non sono cause di nuove infezioni, questo lo si deve alla fortunata eventualità che, non avendo manifestazioni sifilitiche periferiche, manca alla sifilide la via di passaggio da un organismo all'altro. Ma noi medici, sapendo che per questo quelle donne non cessano di essere malate di una sifilide ancora in fiore, e quindi virulentissima, sapendo che la più leggera depitelizzazione d'una loro mucosa sarà causa certa di nuove sifilidi, noi medici, sapendo tutto questo, possiamo in coscienza lasciare in balia della sorte la diffusione d'un male contagiosissimo e sempre assai grave, e fare come quel Tonio, di cui parla il Manzoni nei suoi *Promessi Sposi*, e dire come egli diceva della peste: « A cui la tocca, la tocca? »

In seguito a queste considerazioni mi parve prezzo dell'opera richiamare l'attenzione dei colleghi, nel congresso medico di Venezia, sopra questo punto importantissimo della profilassi della sifilide, sembrandomi necessario che vengano studiate ed escogitate nuove misure profilattiche, che più rigorosamente si informino alle attuali cognizioni sulla durata del contagio sifilitico, sulla contagiosità del e sue molteplici forme, e sulla sua discutibile guaribilità.



A questo punto viene spontanea la domanda: Ma in qual modo mai si può impetire che gli individui, che per essere già stati contagiati di sifilide, sono nella possibilità reale o virtuale di sifilizzare gli altri, siano causa di nuove infezioni?

come regolarsi con quelle prostitute, che dopo una prima cura antisifilitica, vengono dimesse dagli ospedali, e che tosto riammesse nelle case di meretricio, possono diffondere legalmente la sifilide?

Presso di noi succede che le prostitute, dopo una prima cura, vengono abbandonate a se stesse, e che nessuno più s'interessa della loro salute, mentre sarebbe cosa di capitale importanza il sorvegliare diligentemente la loro salute, e sottoporle a una metodica rigorosissima cura, per attenuare in esse la virulenza della infezione, e per prevenire quelle manifestazioni periferiche, che dopo un certo tempo susseguono ad un'unica cura, e che sono veicolo di diffusione del male. Nelle prostitute già contagiate dovrebbe essere obbligatoria quella che fu detta una cura *a fondo* contro la sifilide, poiché dalle molteplici discussioni intorno al trattamento della sifilide, è balzata fuori questa grande verità, che per guaire, o almeno, per imporre silenzio alla sifilide, bisogna curarla a lungo.

Quindi se noi non vogliamo avere prostitute che ci diffondano la sifilide, dobbiamo cominciare dal distruggere in esse l'elemento infettante, e poichè questo non si ottiene con una unica cura, dobbiamo istituire la obbligatorietà di una completa cura antisifilitica. Una tale cura dovrà essere prolungata ben oltre il primo anno dell'accidente iniziale, e sarà praticata a intervalli di tempo per legge stabiliti, seguendo i dettami di quella scienza, che in fatto di cura della sifilide ha maggior rigore e minore ottimismo. E la prostituta già contagiata, ad epoche determinate da apposito regolamento, dovrà presentarsi agli ospedali o ai dispensarii, per essere sottoposta alla cura stabilita, anche se la sua sifilide non ha più dato luogo a manifestazione alcuna.

Questo della obbligatorietà di una cura antisifilitica completa sarebbe già un passo notevole nella profilassi della sifilide, poichè quanto più imporreremo silenzio alla sifilide delle prostitute, tanto minore sarà il numero delle nuove infezioni.

Siccome però è un fatto positivo e provato ad usura dalle statistiche di tutti i popoli civili, che quanto minore è la sorveglianza sulle meretrici, tanto più diffusa è la sifilide, e siccome e da tra parte accertato che la prostituzione è quella che fa la massima diffusione al gravissimo male, così sarebbe cosa umana ed onesta, sarebbe profilassi vera e a

base di scienza, che durante il periodo di cura obbligatoria, si impedissero, o almeno si limitassero i contatti carnali con quelle donne, che da precedenti denunzie risultano già contagiate di sifilide, e che con una semplice placca opaltua possono essere causa di nuove infezioni. Sono appunto questi casi, tutt'altro che rari, nei quali il medico si sente ripetere dai propri clienti — nei quali ha riscontrato il sintoma iniziale — che la donna avvicinata non era malata e che anzi essa continua a far parte della casa di meretricio.

In base a queste cognizioni e a queste tristi evenienze, sarebbe onesto e doveroso che il popolo fosse almeno eiolto del possibile contagio, che si può avere, frequentando donne che sebbene appaiono guarite, pure, in un giorno ancora non troppo lontano, furono sifilizzate, e il cui male pende, come la spada di Damocle, sul capo di chi si affida all'impuro abbraccio.

Non potendosi effettuare la originalissima idea di Letzel, il quale suggeriva di mettere in guardia il pubblico contro queste donne contagiate ed eventualmente contagiose, mediante la tricotomia settimanale del monte di Venere, io crederei opportuno che, mediante una legge si limitasse in qualche modo (a meno durante il periodo di cura obbligatoria) il loro commercio con uomini sani, poichè una simile libertà di commercio carnale corrisponde a una libertà di infezione. E questa legale sifilizzazione dei frequentatori dei postriboli potrebbe essere impedita in tre modi, o mediante una sorveglianza speciale delle prostitute per tutto il tempo della cura obbligatoria, o raccogliendo le prostitute già contagiate in apposite case di meretricio, dove non potessero avere contatto che con uomini sifilizzati, o proibendo ad esse — e questo sarebbe l'ideale, se in pratica non fosse di assai difficile attuazione — di esercitare il mestiere almeno durante il periodo di cura obbligatoria.

So bene che mi si dirà che simili misure limitano la libertà individuale, ma io rispondo che certi limiti sentimentali è meglio farli a favore dei sani, perchè non annalino, che a favore dei malati, perchè ci infettino. I dottori Netter e Beauvion, in una relazione al quarto Congresso per la tubercolosi, tenutosi lo scorso anno a Parigi, con coraggiosa franchezza hanno detto: *Le tuberculeux est un individu dangereux, qu'il nous faut isoler*. E l'imanita pare al buio occulto il grido di *allarme* nei due scienziati, e lasciate la parte le

false pietà, istituisce i senatori, e si arma per la lotta contro la tubercolosi, e bandisce programmi, che un giorno si sarebbero chiamati editti di crudeltà.

Lo stesso io vorrei dire della sifilide *Il sifilitico è un individuo dannoso, che bisogna isolare* — e vorrei bandire analoga campagna contro la sifilide, nella quale si avrebbe, sulla tubercolosi, il vantaggio di combattere un male assai meno diffuso, assai più facilmente curabile, mai insorgente spontaneamente, ma sempre in seguito a contatti, un male che, fortemente volendo, si potrebbe assai più facilmente della tubercolosi, ridurre ai minimi termini, e anche far scomparire dalla terra.



La segregazione temporanea in apposite case di meretricio, oppure la proibizione di esercitare il mestiere, unitamente ad una determinata cura obbligatoria, a tutte le prostitute già contagiate e da poco tempo dimesse dagli spedali, sarebbero misure umanamente oneste, e scientificamente giuste. Poiché, come si segregano dal comune contatto tutti quelli che si ammalano di forme contagiose gravi (difterite, vaiuolo, colera, peste ecc.) e la loro segregazione si fa durare per tutto quel tempo durante il quale può aversi trasmissione di malattia, così non si riesce a capire perchè mai si debba fare una eccezione per la sifilide, e non si debba mettere limite alcuno all'esercizio delle prostitute di recente contagiate. Che se la durata del periodo contagiosissimo della sifilide sorpassa di molto la durata di contagio delle sopra citate forme contagiose, questa non è ragione sufficiente, né dal lato scientifico, né dal lato umanitario, perchè la sifilide sia trattata diversamente dalle altre malattie, e sia parziale ed irrisorio il tempo della segregazione.

Come non si concede ad un difterico, ad un vaioloso, ad un coleroso, di essere avvicinato dalle persone sane, se prima non è accertato che le sue condizioni di salute sono tali da non presentare pericoli per gli altri, così non si dovrebbe permettere che prostitute di recente contagiate, per il semplicissimo fatto che hanno subita una prima cura e non hanno manifestazioni periferiche, possano essere avvicinate impunemente ed illimitatamente da uomini sani. Se per il semplice sospetto di malattia contagiosa, o per aver toccati portisospetti, si impongono lunghe quarantene a centinaia di per-

sone vaggianti, perché non si dovranno sottoporre a una determinata segregazione e a speciali restrizioni, quelle prostitute, che per essere state contagiate da qualche mese, devono essere considerate come sospette?

Ma si guardi un po' a quello che si sta ora facendo per la tubercolosi, e si vegga a quali severissime misure restrittive della libertà individuale non vi sia tendenza di arrivare, oggi che i comitati per la lotta contro la tubercolosi vanno facendo attivissima propaganda presso tutte le nazioni civili. E quello che si vuole fare, e che già in parte si fa per migliaia e migliaia di infelici tubercolosi, che hanno ben maggiore diritto alla nostra pietà, non si vorrà fare per un numero ben più esiguo di prostitute sifilizzate, e contro una malattia assai più evitabile della tubercolosi e quasi sempre colposa?

..

Operata una simile epurazione nell'elemento contagiante delle case di prostituzione, la vera profilassi della sifilide dovrebbe eliminare anche un'altra gravissima e frequentissima causa di infezione nella società. Francamente non si capisce perché le misure preventive contro una malattia così grave, attualmente si limitino a un regolamento sul meretricio, e colpiscano un'unica classe di persone, quella delle prostitute, e per tutto il resto della società nulla si faccia, nessuna misura si prenda, nessun limite si imponga. Come se la sifilide si diffondesse esclusivamente per mezzo delle prostitute e la società non avesse diritto di essere salvaguardata da tutti gli infetti, siano prostitute o no.

Ogni caso di sifilide iniziale dovrebbe essere denunciato — come pare sia tendenza di fare per la tubercolosi — e agli ammalati di sifilide recente dovrebbe essere proibito per legge di avvicinare persone sane, e qualora fossero causa di nuova infezione, dovrebbero essere ritenuti legalmente responsabili dei danni cagionati agli altri. Anche qui sarà necessaria una speciale educazione del popolo, educazione che si faticcherà molto a raggiungere; anche qui sarà necessario svegliare nell'animo degli infermi — come scrisse il prof. Maragliano per la tubercolosi — quel sentimento di altruismo, che non esiste finora, e che non sarà agevole crearvi, per il quale sentimento ognuno dovrebbe avere onore di fare agli altri quello che non vorrebbe fosse fatto a se.

Si scacciano dalle scuole i bambini perche' affetti da un po' di tosse e di congiuntivite, si puniscono perfino col carcere le levatrici che, per ignoranza o sbadalaggine, diffondono la infezione puerperale, e deve essere lecito oggi — con tutte le nostre pretese d'igienisti moderni — che un sifilico al primo stanco avvichi magari ogni giorno, e, se gli garba, anche più volte al giorno, quante donne sane egli vuole, e faccia giornalmente, scientemente, quante nuove vittime voglia del suo male?

Io sostengo che, come si denunciano, e dalle autorità municipali e governative si sorvegliano, i casi di difterite, colera, vaiuolo, perfino di scariattina e morbillo, con doppia ragione si dovrebbero denunciare e sorvegliare i casi di sifilide dell'uomo.

A che vale la denuncia d'una prostituta affetta solo da qualche giorno di sifiloma iniziale, se l'uomo che l'ha contagiata può sifilizzare quante altre donne gli aggrada? Come si esige la denuncia dei casi di sifilide da balatico, ugualmente si dovrebbe esigere la denuncia dei nuov. casi di sifilide iniziale, e ogni malato dovrebbe essere ammonito che è colpa contemplata dalla legge la diffusione del proprio male agli altri.



Se qualche cosa si facesse a vantaggio della profilassi pubblica della sifilide, certo si vedrebbe discendere la spaventosa cifra delle malattie sifilitiche, cifra che in questi ultimi tempi ha raggiunto presso di noi — come lo provano le statistiche dei sifilicomi, dei dispensari, dei brefotrofi — altezze per lo innanzi mai raggiunte.

È tempo che seriamente si pensi che la sifilide è un vero flagello per l'umanità, un flagello che fa sentire gli effetti suoi funestissimi non solo sugli individui, che ne sono colpiti, ma anche sui loro figli, e persino sui figli dei figli, causando forme distrofiche gravissime e gravissime forme parassifilitiche negli eredo-sifilitici e nei loro discendenti. Assieme alla tubercolosi e alla scrofola, la sifilide è uno dei più potenti fattori del deperimento della razza umana, anzi è quella infezione acuta e cronica per eccellenza, che apparecchia un substrato organico favorevolissimo allo sviluppo delle gravi forme costituzionali, ed è causa d'una ereditarietà morbosa che non ha limiti, ed è importante momento etiologico di irreparabili

entità morbose, atermasie, meningiti, encefaliti, mieliti, paralisi, tabe, aneurismi.

E si continuera a fare così poco per proteggere la umanità, da una simile spaventosa infezione? E si lasceranno libere tutte le persone sifilitiche, che non sono prostitute, di diffondere il loro male come vogliono e quanto vogliono? E non si porranno nuovi argini al dilagare crescente di una infezione, che è lunghissima a guarire, e che spesso non perdona, e che nessuno risparmia? E quanto tempo ancora ci limiteremo a praticare la profilassi della sifilide con un regolamentino, che si occupa solo delle forme sifilitiche iniziali delle prostitute?

Frattanto, con intima soddisfazione, io vado notando che fra i sanitari d'Italia v'è un certo risveglio scientifico in proposito, e da cattedre illustri, da colleghi studiosi, da giornali scientifici, sento levarsi voci di allarme, e invocare rimedi alla marea, che monta e minaccia. Pur ieri l'assemblea dell'Ordine dei sanitari di Salerno — per bocca del dott. Vignola — dopo avere con parole, per me assai lusinghiere, ricordate le osservazioni da me fatte al Congresso di Venezia, proponeva un ordine del giorno, da inviarsi a tutti gli Ordini sanitari d'Italia per l'approvazione, e da inoltrarsi quindi al Ministero dell'interno, perchè da questo si stabilino misure profilattiche più severe contro la sifilide e ne sia facilitata la cura, e un numero minore di prostitute sfugga ad un doveroso controllo sanitario.

Io faccio plauso di cuore alla umanitaria iniziativa dei colleghi di Salerno, a quali vogliono sia rimessa sul tappeto, e seriamente discussa la questione gravissima di una ben intesa, e meglio praticata, profilassi della sifilide, e doppiamente mi compiaccio della loro iniziativa, perchè, parlando da un intero corpo di sanitari, la loro voce deve essere non solo di eccitamento a una vagheggiata riforma, ma di monito a chi accampa i rancidi argomenti della libertà indivisa e d'una pietà male intesa.

Auguriamoci che il prossimo Congresso di Bruxelles sia lo squillo di allarme contro la infezione che mura, e un grido di lotta a fondo contro la sifilide, auguriamoci che il Congresso inizi una nuova epoca di sagacia, e completa, e prettamente scientifica profilassi della sifilide.

ABBA e RONDELLI. — **Ancora sulla disinfezione degli ambienti colla formaldeide.** — (*Atti della Società piemontese d'igiene*, anno V, 1898-99).

Stante l'importanza dell'argomento riguardante le disinfezioni colla formaldeide, sull'azione della quale i giudizi sono ancora poco concordi, stimiamo opportuno dare un sunto di un importante lavoro in proposito comparso recentemente negli *Atti della Società piemontese d'igiene*.

L'apparecchio che i sud-letti AA. ebbero l'opportunità di assoggettare a prove pratiche, fu quello Schlossmann, costruito dalla casa Lingner di Dresda.

Esso consiste in un piccolo autoclave circondato da una caldaia circolare sotto cui sta una lampada ad alcool pure circolare, il tutto protetto da apposito mantello metallico.

Si introducono nell'autoclave due litri di *glicoformal* (pure della casa Lingner), un litro e mezzo di acqua nella caldaia circolare, e mezzo litro di alcool comune a 85° nella lampada.

Acceso l'alcool, dopo otto minuti circa, per quattro forellini che si trovano sull'autoclave, comincia a fuoriuscire la formaldeide finalmente nebulizzata. Dopo 20 minuti circa, cessa la nebulizzazione e si spegne spontaneamente la lampada, non rimanendo alcuna traccia di liquidi, né nella caldaia, né nell'autoclave.

Alcune condizioni speciali si richiedono pel funzionamento pratico dell'apparecchio, le principali sono: che sieno chiuse le bocche dei caloriferi e di ventilazione, le fessure, i buchi delle serrature, ecc.; che gli oggetti contenuti nelle camere sieno disposti in modo che la formaldeide possa loro circolare intorno, che la camera sia riscaldata in precedenza a 25° C., che la camera sia aperta dopo tre ore dal momento in cui l'apparecchio ha cominciato a funzionare, che si entri nella camera colla faccia protetta da una maschera, e che si spalanchino subito le finestre, che, possibilmente, si accenda il fuoco nel camino per favorire la ventilazione e quindi lo allontanamento rapido della formaldeide.

Gli esperimenti furono fatti in camere di cubatura non superiore agli 80 m. c., ed in un caso in due camere comunicanti, della capacità esatta di 80 m. c.

Come materiale batterico si fece uso di un germe sporigeno (carbonchio), e di uno non sporigeno (difterite), e siccome interessava specialmente di conoscere se la formaldeide

riusciva a sterilizzare sicuramente il pulviscolo aderente alle pareti, al pavimento, ai mobili, e se penetrava realmente nell'interno di certi effetti d'uso personale e letterario, si disposero numerosi riquadri di carta libula impregnati di spore di *b. carbonchioso* e di bacilli difterici in diversi punti delle pareti, tra asciugamani, materassi, guanciali, ecc.

Furono fatte tre esperienze, e in ciascuna delle medesime si osservarono analoghi fatti, ossia che le spore del carbonchio e i bacilli difterici non furono vulnerati sempre, anzi, nella prima ed ultima esperienza, in una proporzione molto limitata, che nessuno dei germi fu vulnerato se nascosto sotto guanciali o sotto coperte o tra lenzuola od asciugatoi, che furono sterilizzati alcuni oggetti appesi, come carte ed altri piccoli oggetti, mentre non lo furono altri, che non venne sterilizzato il pulviscolo aderente alle pareti, ma solo le superficie molto lisce, come quelle dei vetri, del lavanzale delle finestre, ecc.

Di fronte a queste tre esperienze, gli AA. non ritennero di continuare a ripetere altre prove, e credettero di concludere, confermando nell'insieme i risultati già ottenuti da Pfuhl, da Flugge e da Schönterd, che l'apparecchio in esame non può essere indicato che per la pratica delle disinfezioni degli ambienti.

È vero che l'apparecchio Schlossmann produce una formaldeide dotata di maggior potere penetrante di quella che ha la stessa sostanza prodotta con altri apparecchi, e ciò fu dimostrato dall'esame delle cartine reattive, ma è indubitato che anch'esso si mostra inefficace nella disinfezione delle pareti e più ancora del pavimento che è sempre la parte più infetta dell'ambiente.

Del resto anche altre ragioni impediscono di adottare nella pratica questo apparecchio, quali la lunghezza del tempo necessario per la disinfezione, la necessità di avere negli ambienti una temperatura di almeno 25° C impossibile ad ottenersi rapidamente e con poca spesa ne la stagione invernale, l'impossibilità di tenere questa temperatura costante per tre ore dovendo tenere la camera chiusa, la poca economicità del processo.

Gli AA. però non negano che l'igiene non sia per trarre vantaggi dall'alto potere disinfettante della formaldeide. Essi stessi fecero cenno in altro loro lavoro della possibilità dell'applicazione della formaldeide per la disinfezione degli

oggetti di uso personale e diedero l'idea di un apparecchio da annettersi alle stazioni di disinfezione.

Analoghe esperienze gli A.A. stessi intendono di fare prossimamente coll'apparecchio di Flügge costruito dalla casa Schering di Berlino, il quale però non deve confondersi coi minuscoli apparecchi *Esculapio* e *Igea* della medesima casa, i quali vennero sperimentati recentemente dal dottor Previtera, e giudicati forse non soverchio ottimistico.

te.

GAERTNER. — Morte dei germi patogeni nel letame. —
(*Zeitsch. f. Hyg. und Infectiouskr.*, Bd. XXVIII, 1899).

L'A. si propose di studiare se i germi patogeni esistenti nelle materie fecali conservino la loro vitalità negli ammassi di letame, e, nel caso affermativo, quale sia la durata di questa vitalità, e come si possa abbreviarla: il quale argomento ha importanza, come ben si comprende, non soltanto per l'igienista e per l'agronomo, ma altresì pel medico militare, soprattutto se presta servizio nelle armi a cavallo.

Le esperienze dell'A. furono condotte in modo da riprodurre le condizioni che si verificano in pratica: vennero fatti, cioè, due ammassi di letame lunghi metri 2,50, alti 1, l'uno dei quali si lasciava tal quale mentre l'altro era un po' stivato e coperto da uno strato di terra alto 5 centimetri.

L'A. inoltre fece pure preparare una fossa cementata, piena di letame, introducendovi della torba acida, invece dei detriti ordinari. In questi diversi ammassi l'A. introdusse, a profondità variabili, alcuni canestri metallici reticolati contenenti materie fecali fresche, commiste a germi patogeni.

Questi canestri, la cui ubicazione era esattamente determinata, erano ritirati e sottoposti ad esame dopo un tempo più o meno lungo. I germi patogeni studiati dall'A. sono quelli del colera, della febbre tifoidea, della tubercolosi, del mal rossino, della febbre porcina e della setticemia della cacciagione.

I risultati variarono secondo le specie patogene, secondo il mezzo in cui erano situate e secondo la stagione delle esperienze. Con tempo caldo, fin dal 5° giorno i germi patogeni erano scomparsi nei due ammassi di letame, ma non nella fossa. Nel mese di ottobre i risultati furono meno completi.

poiché dopo cinque giorni i germi furono ancora trovati nel letame. Più incompleti ancora furono i risultati nell'inverno.

Dei germi patogeni, quelli propri agli animali si mostrano più resistenti di quelli dell'uomo, ma il bacillo tubercolare si riconobbe essera il più refrattario. Gli altri germi patogeni dell'uomo perdono abbastanza rapidamente la loro vitalità nel letame, massime quando questo è stivato.

I fattori della distruzione dei germi sono vari; elevazione della temperatura, reazioni chimiche, lotta per l'esistenza dei batteri, ma di tali fattori il più potente è la temperatura che, nel letame, può raggiungere fino a 70° C. e che si eleva maggiormente e in modo più duraturo quando il letame è stivato.

E. T.

Muzio. — Sui rapporti tra scrofola e tubercolosi — (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, giugno 1899).

A proposito di alcune osservazioni del Ritter colle quali questi conclude che il bacillo della tubercolosi non è la causa della scrofola, conclusioni che sarebbero così contrarie al e idee che si hanno sui rapporti tra la scrofola e il bacillo di Koch, il dott. Muzio ha fatto una serie di ricerche in proposito.

Siccome nelle adeniti così dette scrofolose, e nelle lesioni tubercolari ossee, è generalmente difficile col solo esame batterioscopico trovare i bacilli di Koch, l'A. ha creduto indispensabile ricorrere agli innesti in animali recettivi alla tubercolosi, sperimentando sulle cavia.

Si servì di tutte le più svariate forme di affezioni chirurgiche della scrofola, innestandone i prodotti, colle maggiori cautele di asepsi, nell'addome e qualche rara volta sotto la cute delle cavia che teneva il più possibilmente isolate.

Su 30 esperienze, si ebbero 22 risultati positivi ed 8 negativi.

I risultati ottenuti differirono dunque essenzialmente da quelli del Ritter. Giova osservare però che il Ritter fece le sue osservazioni esclusivamente su fanciulli, mentre l'A. raccolse il materiale senza preoccuparsi affatto dell'età dei pazienti.

te.

RIVISTA BIBLIOGRAFICA

V. FRASCHIETTI, tenente medico. — **Manuale del portaforiti — Soccorsi d'urgenza e trasporti.** — (Roma 1899, tipografia Tiberina di F. Setti). — Prezzo lire 1.

È un manuale la cui utilità appare evidente da sé, potendo servire al soldato in genere ed al portaforiti in specie, per richiamare le nozioni principali sull'istruzione ricevuta al corpo, e sul compito nobilissimo che deve disimpegnare in caso di guerra, sul campo di battaglia.

Stile facile e piano; ricchezza di figure che richiamano prontamente alla memoria i precetti uditi dalla viva voce del maestro, meglio che i lunghi periodi spiegativi; esposizione abbondante dei mezzi di cui dispone, o che può improvvisare un soldato per soccorrere e trasportare un ferito a braccia, in barella e sui carri regolamentari e di requisizione; ecco i principali titoli di benemerita dell'autore verso la grande famiglia militare. E per questo e per il suo mite prezzo, noi crediamo che questa operetta tornerà molto gradita ai signori comandanti di corpo e ufficiali medici, convinti come siamo, che il manuale del Frascchetti è ottima guida per chi insegna, ed è ottimo mezzo per i soldati diligenti e studiosi, per ritenere quanto appresero, e per valersene eziandio nelle possibili contingenze della vita.

Il Direttore

Dott. F. LANDOLFI, colonnello medico ispettore.

Il Redattore

D. RIDOLFO LIVI, capitano medico.

GIOVANNI SCOLARI, Gerente.



RIVISTA DI OCULISTICA.

- Griesbach.** — Le impressioni sensorie nei ciechi *Pag.* 971
Sgroso. — Sul trattamento chirurgico dell'edema e della pustola maligna delle palpebre. 978

RIVISTA DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE.

- Watrassowski.** — Alcune questioni circa la cura della sifilide. Quando si deve iniziare il trattamento mercuriale? Quanto tempo deve durare la cura? *Pag.* 974
Panichi. — Due casi di gonococcemia 975
Cornil. — Cocci di si umana, sotto forma di tumori del tessuto cellulare sottocutaneo e delle borse sierose 976

RIVISTA DI TERAPEUTICA.

- Il vanadio e i suoi composti.** *Pag.* 977
De Renzi — L'anoselina nella cura delle febbri da malaria 980
Id. — L'igazolo nella cura della tubercolosi polmonare 980
Trattamento del gozzo esoftalmico mediante iniezioni di etere iodiformizzato nel parenchima del corpo tiroide 981
Luxemburger — Circa il nuovo anestetico locale la Nirvanina 982
Trattamento della tubercolosi mediante l'uso interno di acqua fluoriformizzata 983
Chirona. — Sulla ferratina Schianimenti ed osservazioni 984
Trattamento dell'idrorrea nasale mediante l'uso interno di atropina associata a stricnina 985

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE.

- Loison.** — Installazione e funzionamento del laboratorio di radiografia dell'ospedale militare a Va-de-Grâce - Applicazione dei raggi Röntgen alla chirurgia di guerra *Pag.* 986

RIVISTA D'IGIENE.

- Una questione importante nella profilassi della sifilide.** *Pag.* 993
Abba e Rondelli. — Ancora sulla disinfezione degli ambienti colla formaldeide 1004
Saertner. — Morte dei germi patogeni nel letargo. 1006
Mucio. — Sui rapporti tra scrofola e tubercolosi 1007

RIVISTA BIBLIOGRAFICA.

- Fraschetti** — Manuale del portafertili. - Soccorsi d'urgenza e trasporti *Pag.* 1008

Importante pubblicazione

È uscito il

CONSULENTE SANITARIO

GUIDA PRATICA

PER CURARE LE MALATTIE IN ASSENZA DEL MEDICO

DEL

Capitano medico T. VIRDIA

3^a EDIZIONE

Il **Consulente Sanitario** è in ispecial modo indirizzato ai profani della scienza medica, che possono trarre tutte le norme necessarie per provvedere in casi di urgenza alla propria ed all'altrui salute. Con inappuntabile chiarezza sono in esso esposte tutte le malattie più comuni, di cui sono indicati i mezzi di cura più facili. Vi sono trattate le malattie d'indole infettiva: *malaria, ileotifo, dissenteria, febbre tifoide, difterite, colera, reumatismo, morbillo, ecc. ecc.*; quelle dell'apparato respiratorio: *laringite, bronchite, polmonite, tisi, ecc. ecc.*; dell'apparato digerente: *stomatite, angina, imbarazzo di stomaco, catarro intestinale, ecc.*; del sistema nervoso: *neuralgie, isterismo, neurastenia, ecc.*; quelle del fegato, dei reni, della vescica, degli occhi, degli orecchi, della pelle, quelle veneree e sifilitiche, ecc. Con speciale competenza poi sono trattate le varie lesioni traumatiche, come, *ferite, contusioni, distorsioni, fratture, morsi di vipere, di serpenti velenosi e di cani arrabbiati ecc.* ed in apposita appendice sono esposte cognizioni utilissime e complete sui *filtri da campo*, sulle *asfissie*, sugli *avvelenamenti* e sui tanti piccoli mali che spesso affliggono il nostro organismo. Infine vi sono gli elenchi dei medicinali che occorrono alle famiglie ed ai viaggiatori, e per ciascun medicamento vi è notata la dose, con la indicazione curativa e il modo di usarlo. Il libro è corredato di numerose e nitide incisioni. Il **Consulente Sanitario** è stato riconosciuto dai più autorevoli giornali d'Italia, compresi gli scientifici, di utilità pratica indiscutibile per tutti.

Vol. di 416 pag., legato in tutta tela Lire 3, franco di porto

Spedire cartolina-vaglia all'Editore

LICINIO CARPELLI — Rocca S. Casciana.

GIORNALE MEDICO

DEL

REGIO ESERCITO

Anno XLVII

N. 10. — 31 Ottobre 1899

ROMA

TIPOGRAFIA ENRICO VOGHERA

**Gli abbonamenti si ricevono dall'Amministrazione del giornale
Via Ventì Settembre (Palazzo del Ministero della guerra).**

23 NOV 99

SOMMARIO

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE FASCICOLO

MEMORIE ORIGINALI.

Calogari — Relazione sommaria del reparto di chirurgia dal novembre 1897 al luglio 1899	Pag. 1007
Ostino — Sulla simulazione della sordità bilaterale e sui mezzi per scoprirla	1031
Sone — Sulle stenosi ipertrofiche tubercolari dell'intestino	1065

RIVISTA DI GIORNALI ITALIANI ED ESTERI.

RIVISTA MEDICA.

Reyssan — Le psicosi traumatiche	Pag. 1079
Pianetta — Note cliniche sui paranoici	1081
Vastroid — Il piano e le nevrosi	1083
Müller — Sulla prova di Williamson nel diabete. — Schnelder . Sul valore della prova di Bremer nel diabete	1081
Lindsay — L'uso del siero antistreptococcico nel trattamento del vajuolo	1085
Marchand — Polso e temperatura nell'epilessia, nella vertigine epilettica e nell'istero-epilessia	1085

RIVISTA CHIRURGICA.

Bont — Controindicazioni all'uso della sonda gastrica a scopo esplorativo	Pag. 1087
Salitschew — Disarticolazione interileo-addominale	1090
Davis e Hancock — Le ferite d'arma da fuoco nelle guerre moderne.	1099
Arz — Il Flemmon da leptotrix	1092

RIVISTA DI OCULISTICA.

Freinkel — Sulla presenza del meningococco intracellulare nella logosi purulenta della congiuntiva	Pag. 1093
Ellster — La cura delle affezioni oculari eczematoze nella pratica comune	1093

(Per la continuazione dell'indice vedasi la pagina 3^a della copertina).

RELAZIONE SOMMARIA
DEL REPARTO DI CHIRURGIA
DAL NOVEMBRE 1897 AL LUGLIO 1899

Per il dottor **Giov. Battista Calegari**, capitano in lieu

Dal mese di novembre 1897 al luglio 1899 ho tenuta la direzione del reparto chirurgico dell'ospedale militare principale di Milano. Seguendo la via tracciata dal colonnello medico cav. Randone, e cercando di approfittare nel miglior modo possibile dei consigli avuti da così insigne chirurgo, io ho potuto in questo periodo di tempo eseguire buon numero di atti operativi ed ottenere anche nei difficili e pericolosi degli esiti che credo buonissimi.

Devo subito dire che fui ottimamente coadiuvato da distinti assistenti, ed in modo speciale devo ricordare il primo assistente tenente medico dottor Tommaso Lanza, che diresse il reparto nelle non brevi mie assenze ed eseguì abilmente molte operazioni.

Seguendo la classificazione per regioni, esporrò brevemente gli atti operativi eseguiti, facendo poi un piccolo cenno sulle cure più importanti. Mi intratterrò quindi su ogni singolo caso di morte avuto nel reparto.

Testa e faccia. - Gli interventi operativi sulla testa e sulla faccia ascendono a 22. Diciassette furono ese-

guiti sul cranio, e di questi quindici trapanazioni di apofisi mastoidee per mastoidite da otite media purulenta sia acuta o cronica, una estirpazione di voluminoso fibroma cicatriziale retroauricolare ed una allacciatura dell'arteria occipitale trasversa.

Nelle 15 mastoiditi che ci capitarono (7 operate dal tenente medico dottor Lanza) due erano bilaterali. In tutte si intervenne il più prontamente possibile, convinti che in tale forma morbosa ogni ritardo non può essere che nocivo e compromettente anche per la vita dell'infermo. La trapanazione fu sempre eseguita col ago sgorbia e col martello. Venne se apre messo allo scoperto il seno trasverso, aperte ed asportate tutte le cellule invase sia dal pus, sia da granulazioni. Non si ebbe mai a lamentare alcuna triste conseguenza, per quanto in uno avvenisse di aprire il seno trasverso ed in un altro operato in condizioni gravissime perchè già in preda ad infezione proemica, il processo cariotico fosse molto esteso e profondo ed il seno trasverso trombizzato. In tutti si ottenne una ottima guarigione, nè mai si ebbe ad osservare paralisi del facciale.

Sulla faccia si eseguì una enucleazione del globo oculare destro per suppurazione del medesimo da ferita penetrante con presenza di corpo estraneo. Un carcinoma della guancia fu operato coll'estirpazione plastica previo svuotamento regolare della loggia sottomascellare corrispondente. Il risultato fu buono e la guarigione ottenutasi per prima si conserva tuttora a più di un anno di distanza senza traccia di recidiva.

Si eseguì una resezione del mascellare inferiore branca orizzontale, per epiteloma cistico; una riduzione cruenta dello stesso mascellare con osteo-sintesi metallica per frattura comminutiva e complicata, con esito felicissimo. Infine si praticò l'allacciatura dell'arteria facciale.

Altre numerose operazioni furono eseguite sulla testa e sulla faccia, che non meritano particolare menzione. La maggior parte concernono estirpazioni di tumori cistici, ematomi del padiglione auricolare, polipi auricolari e nasali e tonsillotomie. Una fu eseguita per estrazione di frammento di proiettile dal labbro superiore d'un ufficiale, per ferita riportata due anni prima alla battaglia di Adua.

Collo. Si intervenne poche volte. Sedici volte per linfomi tubercolari, limitandoci a quelli nei quali l'isolamento di tali tumori poteva riuscire più facile e completo, convinti che in queste affezioni le cure generali sieno di maggior efficacia di ogni più accurato svuotamento.

Torace. — Sul torace si intervenne 20 volte. Si eseguirono dieci resezioni di costole. Tre per carie costale e sette per empiema. Eccezzuato un caso operato per empiema tubercolare, che morì dopo 19 giorni per tubercolosi generalizzata, tutti gli altri empiemi ebbero esito oltremodo soddisfacente, per quanto taluni si presentassero in condizioni pressoché disperate, ed in uno ne seguìsse un minaccioso enfisema cutaneo esteso a tutto il tronco ed al capo, per essersi affondato accidentalmente nelle pareti toraciche l'estremo libero di un tubo da drenaggio.

Preferimmo sempre negli empiemi la toracotomia costale, resecando abitualmente sei o sette centim. della 7^a costola, lungo la linea ascellare posteriore, come quella che ci permetteva un largo drenaggio della cavità pleurica. Né ci preoccupammo di aprire il torace all'estremo inferiore della cavità pleurale, perchè persuasi che i movimenti respiratori bastano per se soli a rimuovere ed espellere il pus ed i lacerti fibrinosi ovunque si trovano, e perchè il decubito dorsale degli ammalati costretti per molti giorni a letto, rendeva

perfettamente inutile la ricerca d'un punto più declive.

Una resezione multipla di costole si eseguì per sarcoma fusiforme della 9ª costola sinistra, diagnosticato durante l'atto operativo e confermato dall'esame microscopico, in un ammalato nel quale, per la durezza del tumore, per la sua consistenza ossea e pel momento eziologico costituito da un trauma riportato in tale regione alcuni mesi avanti, erasi fatta diagnosi di eostosi. In questo caso si esportò, contemporaneamente ad esteso tratto della 9ª costola, anche parte dell'8ª e 10ª con relativo periostio, mettendo ampiamente allo scoperto la pleura parietale corrispondente. La guarigione si ottenne per prima, ma l'operazione è di data troppo recente per presumere quale ne sarà l'esito in rapporto alla recidiva.

Sei volte si praticò lo svuotamento del cavo ascellare per adeniti tubercolari multiple e voluminose ribelli alle consuete cure mediche. Una volta si estrasse un proiettile di rivoltella da tessuti molli della fossa soprascapolare.

Si eseguirono numerosi innesti dermo-epidermici alla Thiersch per una vastissima piaga del collo e del torace, conseguente a flemmone gangrenoso diffuso, con esito soddisfacentissimo. Di tali flemmoni larghi del torace ne avemmo a curare due, e benchè la prognosi di tale morbo sia gravissima per non dire infausta, pure mercè ampi sbrigliamenti, numerosi drenaggi ed impacchi antisettici al sublimato, abbiamo potuto guarire i nostri ammalati.

Infine si praticò la riduzione cruenta di una frattura della clavicola destra con grave spostamento per accavallamento dei frammenti, seguita da osteo sintesi metallica con due punti accoppiati alla Lejars.

Addome. — Gli interventi operativi sull'addome di cui si credette tener nota per la loro importanza sommano a 129, divisi come segue:

Ernie inguinali unilaterali e bilaterali.	79
Ernie della linea alba.	2
Laparotomie esterne per ascessi paranefritici e delle fosse iliache	7
Laparotomie complete per peritonite tuber- colare.	2
Laparotomie complete per appendicite.	3
Adeniti inguino crurali (svuotamento).	36

Le ernie, in numero di 81 (26 operate dagli assistenti), furono tutte seguite da guarigione per prima e da esito ottimo. La degenza variò da un minimum di 13 giorni ad un maximum di 18. In tre di questi operati tuttavia la degenza si protrasse di una decina di giorni, causa la suppurazione di due o tre punti di sutura superficiale.

Questi tre casi si seguirono tutti in un periodo di otto giorni. Si attribuì il fatto alla imperfetta sterilizzazione della seta, ed infatti, cambiata questa, non si ebbe più a lamentare alcun inconveniente di simile genere.

Tutte le ernie inguinali furono curate radicalmente col processo Bassini. Si ebbe sempre di mira di ben isolare il triplice strato e convenientemente fissarlo all'arcata di Falloppio con quattro o cinque punti di sutura staccata. Tale pratica noi riteniamo sia la più valida unitamente alla cicatrizzazione per prima, a garantirci da eventuali recidive. Come materiale di sutura si usò unicamente la seta.

In un'ernia omentale antica e voluminosa, che presentava molteplici e tenaci aderenze del sacco al funicolo spermatico e dell'omento al sacco, dovemmo resecare un largo tratto di omento. In altre si incontrarono cisti,

sacchi bilobati, lipomi ecc., mai trovammo erniata la vescica e l'appendice oecale.

Come accidente postoperatorio, dovuto sicuramente all'azione del cloroformio, ricorderò un ostinato vomito accompagnato da singhiozzo continuo durato quattro giorni, in una guardia di finanza proclive ai liquori.

Due delle ernie operate erano recidive rispettivamente una e due volte. In queste, non essendo possibile isolare convenientemente i singoli strati, adottammo la modificazione di Postempski al metodo Bassini.

Anche in questi due ultimi operati come in tutti gli altri, l'esito fu ottimo. E per quanto dalla maggioranza dei chirurghi sia ritenuto necessario un periodo di due anni per giudicare della guarigione definitiva di un'ernia operata, pure, tenuto conto dell'attività fisica speciale e degli sforzi ripetuti cui sono sottoposti i nostri operati, in particolar modo i soldati alpini e le guardie di finanza dei circoli montani, si può ritenere che un periodo di osservazione di poco più di un anno sia sufficiente a garantirci dalle recidive. Ed io ho potuto constatare il buon esito della cura in tutti i soldati alpini operati (siccome appartenenti al mio reggimento) ed in non poche guardie di finanza addette al servizio di montagna, che ebbi a rivedere durante le escursioni alpine.

Dei due operati di laparotomia per peritonite tubercolare ascitica, uno guarì e fu presto inviato in congedo assoluto, l'altro, riformato esso pure, fu colto, degente in un reparto di medicina, dopo tre mesi dalla operazione ed alla vigilia di recarsi in patria, da tubercolosi miliare acuta, che in pochi giorni lo trasse a morte.

In ambedue questi casi la laparotomia fu mediana sott'ombelicale, e l'intervento si limitò al prosciuga-

mento di tutta la cavità peritoneale mediante lunghe striscie di mussola sterilizzata tenuta immersa nella soluzione fisiologica alla temperatura di 45° C. e spremuta all'atto di usarla. La sutura delle pareti addominali fu completa ed in tre distinti strati cioè peritoneo, linea bianca e pelle. La guarigione della ferita avvenne per prima. Il liquido ascitico non ebbe mai a riprodursi.

Sulle tre laparotomie eseguite per appendicite m'intratterò alcun poco, essendo l'argomento tuttora di attualità, tanto più che una di tali operazioni fu seguita da esito infausto.

La prima la eseguiamo a freddo in una guardia di città, che in seguito a ripetuti attacchi di appendicite subacuta, presentava un limitato e profondo intasamento alla fossa ileo-cecale. Ci trovammo in questo caso davanti ad una piccola raccolta purulenta periappendicolare incistata, con appendice dura, ingrossata ed aderente al peritoneo parietale, cosicchè non ci fu possibile, per non provocare mali maggiori, farne la resezione. L'ammalato guarì rapidamente, pur residuandone per circa due mesi un piccolo tragitto fistoloso che non gli impediva però di attendere alle ordinarie sue occupazioni.

Nel secondo caso trattavasi d'una forma d'appendicite acuta. L'ammalato, entrato nell'ospedale per tifoide, fu erroneamente ricoverato nel reparto di chirurgia. Riconosciuto trattarsi di appendicite vi fu trattenuto. Il quadro fenomenico che presentava era il seguente: dolorabilità a tutto l'addome, e più specialmente alla regione periombelicale, lingua patinosa, alito fetido, qualche conato di vomito, alvo chiuso con possibilità di emissione di gaz, meteorismo. La palpazione addominale suscitava dolore non eccessivo, ma netto, caratteristico, ben definito a punto doloroso segnalatoci da

Mac Burney, che corrisponderebbe all'origine della appendice cecale e che come ognuno sa trovarsi al punto di mezzo di una linea tesa dalla cicatrice ombelicale alla spina iliaca anteriore superiore. La temperatura oscillava fra 39° e 40°; il polso fra 100 e 120.

La malattia era insorta repentinamente da 24 ore, l'ammalato non aveva precedenti gastro-intestinali.

La cura medica istituita fu dieta assoluta, qualche pillola d'oppio, iniezioni di morfina, ghiaccio *inter et extra*. Nessun purgante, nessun enterocolisma.

Il quinto giorno dall'insorgenza della malattia il paziente presentava presso a poco gli stessi sintomi nei primi giorni, cui si era aggiunta la rigidità dei muscoli della parete addominale con aumentata resistenza alla palpazione della fossa ileo-cecale.

Persuasi che la malattia dopo tale periodo di tempo non lasciava speranza di risoluzione spontanea, convinti anzi che l'appendicite era avviata alla suppurazione, ad evitare una possibile diffusione dell'infezione a tutta la sierosa peritoneale, si propose all'ammalato la cura chirurgica. L'intervento operativo fu concesso il giorno appresso e come tutto era pronto per l'operazione v. si procedette immediatamente.

L'incisione fu quella di Roux. Il peritoneo parietale mostravasi inspessito e vascolarizzato, aperto lasciò uscire circa quattro cucchiaini di zuppa di pus tenue e fetido. La raccolta marciosa era incistata, le aderenze peritoneali solute e l'appendice era pressoché completamente caduta in stacco. Non protraemmo pertanto l'operazione, ed applicati due drenaggi saturammo in parte e meto licamente le pareti addominali.

Il decorso postoperatorio fu dei più semplici. La temperatura scese subito al normale. La secrezione purulenta scarsa e fetida trasportò con sé nei primi giorni gli ultimi brandelli di appendice, indi diminuì fino a

scompare in capo ad una decina di giorni, e tolti i tubi da drenaggio, la cicatrizzazione si compì per granulazioni.

L'ammalato fu dimesso dall'ospedale dopo 30 giorni di degenza con proposta di licenza di convalescenza di tre mesi. Lo rivedemmo alla fine di tale licenza, e siccome la cicatrice tendeva a smagliarsi, gli abbiamo applicato un adatto cinto e lo abbiamo sottoposto a rassegna di rimando pel congedo assoluto.

Diremo subito che lo sventramento segue purtroppo con notevole frequenza alla laparotomia per appendicite, soprattutto quando si è obbligati a lasciar aperta la ferita per dare passaggio ai drenaggi.

Il terzo nostro operato lo trovammo in un reparto di medicina dopo una degenza di due giorni e di altrettanti nell'infermeria del corpo. Presentava a nostro avviso tutta la sindrome fenomenica dell'appendicite acuta, con incipiente infezione peritoneale generalizzata. Faccia abbattuta, vomito e singhiozzo insistenti, dolore vivo all'addome, ventre meteorico, alvo chiuso sebbene non completamente, talchè dava passaggio a gas ed aveva avuta una piccola scarica darroica. I muscoli della parete addominale erano contratti in corrispondenza del quadrante inferiore destro. Ricercato il punto di Mac Burney, lo trovammo anche qui caratteristico e ben definito. Temperatura $39,5^{\circ}$. Polso piccolo, depressibile a 120.

Data la gravità e natura dei sintomi propoilemmo l'immediato intervento chirurgico.

La necessità dell'operazione non fu condivisa dalla maggioranza dei medici presenti se non dopo trascorse trentasei ore senza che si fosse verificata alcuna attenuazione nei sintomi sopradescritti.

Anestetizzato l'infermo, con una miscela di etere e cloroformio, si praticò la laparotomia colla consueta in-

cisione di Roux. Aperto il peritoneo, ne uscì una discreta raccolta di pus sieroso fetido, nel quale nuotava un calcolo della forma e volume d'un seme di dattero, riconosciuto poi all'esame chimico di natura fecale.

La raccolta purulenta si estendeva a tutto l'addome e specialmente al piccolo bacino; le anse intestinali erano libere e non presentavano aderenze di sorta.

Prosciugata e deteresa la cavità peritoneale, ricercammo l'appendice. Questa presentavasi libera, della lunghezza di circa 7 centimetri, ma dura e colle pareti molto inspessite. Una larga ulcerazione interessava per un centimetro tutto lo spessore delle pareti appendicolari in corrispondenza della loro inserzione al cieco, che pure era invaso per un tratto di pochi millimetri dal processo ulcerativo. Resecata l'appendice, ne affondammo il moncone nell'intestino suturandovi a ridosso la tonaca sierosa di questo con punti a sopraggitto. Lasciato poi un drenaggio nella cavità peritoneale, restringemmo la ferita operatoria con pochi punti di sutura.

La sera le condizioni dell'ammalato presentavansi molto migliorate. La temperatura era scesa a 36,7, il polso a novanta. La dolorabilità addominale era diminuita; persisteva il meteorismo, ma il vomito ed il singhiozzo erano cessati.

Il giorno successivo il meteorismo aumentò e l'ammalato cadde in grave collasso. Mercè iniezioni di etere e di caffèina, ipodermoclisi con siero artificiale ed in ispecial modo evacuando i gas con una sonda introdotta nel retto, le condizioni migliorarono. Però tali alternative si ripeterono nei giorni successivi, persistendo sempre i sintomi d'occlusione intestinale. L'ottavo giorno dopo l'operazione il paziente soccombette ad un più grave collasso, malgrado si fossero esperiti tutti i mezzi atti a combatterlo.

L'autopsia mostrò persistenza del meteorismo, peritoneo leggermente edematoso ed arrossato; nessuna raccolta di essudato nella cavità peritoneale. La cicatrice del cieco era completa e solida.

Certamente l'ammalato soccombette alla occlusione intestinale per paralisi della tonaca muscolare dell'intestino, conseguente all'inflammazione della sierosa peritoneale.

E benchè queste operazioni eseguite in simili condizioni lascino poca o nessuna speranza di successo, pure è lecito credere che, operato almeno 24 ore prima, l'ammalato avrebbe avuto maggiori probabilità di guarigione. Forse dovevasi ancora tentare l'operazione del Nélaton, ma la speranza di far superare all'ammalato anche l'ultima crisi coi mezzi già precedentemente usati con buon esito, ci sconsigliò di sottoporlo all'operazione dell'ano artificiale.

Ai tre casi sopraesposti va aggiunto un quarto, operato con successo e colla mia assistenza dal tenente medico Lanza, che presentava condizioni pressochè uguali al secondo mio operato.

Altre quattro osservazioni della malattia che ci occupa ebbero l'opportunità di fare ultimamente in questo ospedale.

Una riguarda un ammalato passato spontaneamente a guarigione d'un attacco di appendicite subacuta recidiva. Questo ammalato non volle sottoporsi alla appendicetomia, malgrado che il di lui caporeparto non mancasse di segnalargli i pericoli cui poteva andar incontro col tempo.

Le altre riguardano ammalati morti in seguito ad appendicite acuta con infezione peritoneale generalizzata. Due di questi li vidi qualche ora avanti la loro morte ed in tali condizioni da rendere assurda l'idea d'un intervento operativo. Il terzo rilevai durante la

neuroscopia del cadavere d'un soldato deceduto pure per peritonite generalizzata da appendicite ulcerata.

Dai pochi casi da me osservati di appendicite, se non è possibile trarre delle conclusioni terapeutiche assolute, è però lecito dedurre alcun che di pratico nell'indirizzo di tale cura, oggi specialmente che ancora dura il dibattito fra l'opportunità d'un immediato intervento chirurgico e l'aspettativa armata.

Se si considera infatti che di fronte ad un solo caso di appendicite guarita spontaneamente e che presentò per altro un decorso subacuto fin dall'inizio, abbiamo tre casi di appendiciti con esito di ascesso iliaco e quattro nei quali gli ammalati soccomberono a peritonite generale, noi dobbiamo concludere che la formazione d'un ascesso iliaco rappresenta nella maggioranza dei casi l'esito favorevole.

La generalizzazione dell'infezione a tutta la sierosa peritoneale è per contro il pericolo maggiore a temersi.

Ora siccome questa generalizzazione viene ad essere favorita dai movimenti peristaltici dell'intestino e dalle contrazioni delle pareti muscolari dell'addome, come quelle che facilitano il contatto del focolaio primitivo d'infezione con le anse intestinali più o meno lontane, così nostro precipuo scopo dovrà essere l'immobilizzazione più rapida e completa delle anse intestinali stesse e delle pareti addominali.

Bisogna confessare che non sempre la cura medica istituita tende ad impedire questa diffusione ed a localizzare l'infezione, direi anzi che non raramente sembra che si prefigga lo scopo opposto, venendo così meno al precetto fondamentale della medicina compendiato nell'aforisma: *primum non nocere*.

Invero Dieulafoy ha detto che non havvi alcuna cura medica dell'appendicite. Ma se tale assioma può applicarsi alle forme acute generalizzate del peritoneo ed

agli ascessi iliaci d'origine appendicolare, non può dirsi altrettanto delle forme iniziali di appendicite. In queste forme vi è almeno un indirizzo importantissimo da seguire, ed è quello di evitare quanto può riuscire dannoso al paziente.

Ognuno sa che attualmente è considerata l'appendice cecale l'origine di tutte, o per lo meno della grandissima maggioranza, delle infiammazioni pericecali. Tale concetto tende a far sparire dal quadro nosologico la peritiflite, gli ascessi iliaci, e non poche occlusioni intestinali. E appunto perchè la costipazione è fra i sintomi più salienti di tali forme morbose, non raramente avviene, come io ho potuto osservare, che i purganti somministrati in dose generosa ne inuzino la cura.

Ad istituire un trattamento curativo conveniente è necessario pertanto che la diagnosi di appendicite sia posta fin dall'inizio della malattia. Noi vi riusciremo se agli altri sintomi di infiammazione della fossa ileocecale, potremo aggiungere quello segnalatoci da Mac Burney, ricordando che esso è obbiettivo, vale a dire che il medico deve egli stesso cercare il punto doloroso, poichè l'ammalato non lo acuserà mai. Egli dirà di soffrire tutto attorno all'ombelico, ma la palpazione sul punto di Mac Burney mostrerà che là è il massimo dolore. Dovremo inoltre poter escludere l'occlusione intestinale meccanica per la mancanza dei sintomi che sempre l'accompagnano, e cioè la costipazione assoluta anche pei gaz, il vomito fecaloide e l'ipotermia. Stabilita la diagnosi, nostra precipua cura sarà di localizzare e limitare l'infezione coll'immobilizzare il ventre e l'intestino, favorendo la formazione e consolidazione di aderenze atte a circoscriverne il focolaio.

Tale scopo noi potremo raggiungere ricorrendo all'uso degli oppiacei e del ghiaccio: quelli usati preferibilmente sotto forma d'iniezioni ipodermiche di mor-

fina, questo somministrato internamente a pezzetti ed applicato esternamente sulla fossa ileo-cecale mediante vescica.

Così agendo, talune volte e forse soventi l'infezione rimarrà localizzata e gradatamente passerà a risoluzione spontanea. Altre volte, e queste in maggior numero, l'appendicite passerà a suppurazione, ma questa rimarrà circoscritta dalle aderenze preformate e sarà pressochè scevra di pericoli per l'ammalato se noi, senza attendere la fluttuazione, l'edema e molto meno l'arrossamento della parete addominale, interverremo sollecitamente non appena ci sia lecito supporla. Basterà infatti per diagnosticarla la sensazione di resistenza profonda ed intasamento della fossa ileo-cecale e la persistente acuzie dei sintomi al di là di quattro giorni. In questo caso l'intervento chirurgico potrà limitarsi all'apertura e drenaggio dell'ascesso; chè se l'appendice fosse accessibile e facile ad isolarsi, noi la leveremo, se invece fosse difficile rintracciarla ed isolarla, noi la lasceremo per evitare di rompere le aderenze protettrici della grande sierosa.

La laparotomia si impone poi in modo assoluto, ed il successo dipende il più delle volte dalla rapidità della decisione, quando, malgrado la cura, siasi iniziata la peritonite generale. Ma in questo caso il pronostico è dei più neri, la guarigione pressochè eccezionale.

Il prof. Dieulafoy ha proclamato che non si deve morire d'appendicite, e partigiano e propugnatore instancabile dell'intervento operativo immediato, lo vuole applicato ad ogni caso di appendicite. In attesa di veder prevalere siffatta opinione, noi provvederemo certo a diminuire il numero delle perdite per tale forma morbosa, seguendo sempre un razionale concetto terapeutico.

Organi genitali maschili. Gli atti operativi eseguiti su questi organi sono 33. Tre uretrotomie interne

per restringimenti da pregressa gonorrea, seguite da risultati soddisfacentissimi. Sei resezioni delle vene del plesso spermatico per varicoceli voluminosi e dolorosi, eseguite col processo di Jacobson, cioè isolamento e resezione delle vene posteriori del plesso e quindi sutura dei monconi vasali fra di loro, allo scopo di metterli a mutuo contatto e costituire un legamento sospensorio del testicolo. Una volta abbiamo associata la resezione dello scroto secondo il processo di Reclus a quella delle vene.

21 volte s'intervenve per lesioni varie, quali semi castrazioni per tubercolosi del testicolo, operazioni di fimosi, estirpazione di idroceli, queste eseguite col processo Bergmann.

Eseguiammo infine tre epididimectomie col metodo di Bardenheuer per tubercolosi dell'epididimo. Risparmiammo in tale operazione, ben s'intende, la branca testicolare dell'arteria spermatica ed i vasi venosi che si trovano all'interno dell'epididimo, evitando così la gangrena del testicolo. Il risultato, dal punto di vista operativo, fu soddisfacentissimo, non ci è dato però di poter confermare, per mancanza di notizie, se come asserisce Bardenheuer lo stimolo sessuale sia rimasto integro anche nell'individuo operato di epididimectomia bilaterale.

Devo ancora ricordare qui un caso raro di elefantiasi acuta dello scroto, passata gradatamente a guarigione senza intervento operativo.

Ano e retto. — Le operazioni eseguite sull'ano e sul retto sono 24. Otto divulsioni anali per ragadi, dodici operazioni di fistole anali, due eseguite col termocauterio del Paquelin e dieci coll'escissione del tragitto fistoloso e sutura. La guarigione negli operati con quest'ultimo metodo si ottenne rapidamente per prima. Riguardo al metodo operativo ed all'utilità sua, piacemi

riferire quanto scriveva il colonnello medico Randone nella sua dotta Relazione sul reparto di chirurgia di Milano dal gennaio 1895 all'ottobre 1897 (1), di cui questa mia è una continuazione. Cioè:

« Essere condizione indispensabile per raggiungere un buon risultato l'asepsi rigorosa della parte, per ottenere la quale occorre preparare l'ammalato alcuni giorni prima, svuotandone completamente l'intestino con purganti e clisteri antisettici, e quindi sospendere, mediante la somministrazione di oppio ed una adatta nutrizione, le funzioni dell'alvo, fino a che si possono togliere i punti di sutura. L'operazione deve essere eseguita nella completa narcosi, per potere divaricare con robusta valva del Syme l'apertura anale ed avere campo e luce per praticare la sutura, la quale deve essere fatta in modo che l'ansa del filo comprenda il margine ed il fondo dell'incisione, passandogli al di dietro, cosicchè tutta la superficie cruenta possa venire ad essere mantenuta ad esatto contatto.

« Se si considera il tempo (aggiunge lo stesso autore), in media non minore di due mesi, richiesto per la guarigione di una fistola anale operata colla semplice spaccatura sia col bistori che col termocauterio ed i pericoli della lunga permanenza di tali ammalati nell'ospedale, risulta evidente il vantaggio di questo metodo. »

Quattro operazioni si eseguirono per emorroidi. In tre fu praticata l'escisione dei noduli emorroidari col termo-cauterio. In una eseguita, per emorroidi giganti, si adottò il metodo di Withead. La guarigione si ottenne per prima senza reliquati di restringimenti cicatriziali.

(1) *Giornale medico del R. esercito*, n. 6, anno 1898

Arti. Sui numerosi ed importanti atti operativi eseguiti sugli arti, non potendomi trattenere diffusamente per ragioni di brevità, riporto qui una tabella specificativa.

Amputazioni di falangi	4
Id. di coscia	1
Id. di gamba	3
Disarticolazioni di dita	2
Id. di metacarpi	2
Resezioni di gomito totale	1
Id. di pugno id.	1
Id. di pelle	1
Id. di tibia per callo deforme	1
Id. di femore diafisaria	1
Trascanazione di ossa lunghe per osteomielite acuta	2
Svuotamento e resezione di ossa corte	7
Paracentesi articolari per idrarto del ginocchio	3
Id. id. per emartro del ginocchio	9
Artrotomia del ginocchio per trauma	1
Snoviectomie per processi tubercolari del ginocchio	1
Id. id. id. del gomito	1
Estrazioni di borse mucose per processi suppurati o fungosi del ginocchio	6
Sequestrotomie della tibia	1
Id. dell'ulna	1
Estrazione di proiettili (alcuni previa radiografia)	4
Tenoraffe	4
Esportazione di ernia muscolare del terzo adduttore	1
Resezione della safena magna per varici	2
Riduzione cruenta e osteosintesi metallica per frattura della rotula	1
Riduzione cruenta e osteosintesi metallica per frattura del femore	1
Estripazione di ungue incarnate e matrici col processo autoplastico di Quenu	36
TOTALE	98

Nei processi tubercolari ci attenemmo sempre scrupolosamente alla chirurgia conservatrice, non decidendoci alla mutilazione se non dopo esperite invano le

resezioni anche ripetute, e quando le condizioni generali dell'ammalato erano ridotte a mal partito. Una volta abbiamo dovuto amputare per una grave frattura comminutiva ed esposta del piede ed estremità inferiore della tibia, nella quale i frammenti numerosi e liberi davano la caratteristica sensazione del sacco di noci, e sarebbe stato impossibile restituire al piede la sua forma fisiologica.

La resezione di pugno fu eseguita per processo tubercolare, e la guarigione si effettuò con mano servibile, quantunque si sieno dovute asportare tutte le ossa del carpo e senza aver praticata la resezione dei tendini. Ottimo esito ebbe pure la resezione di gomito nella quale si conservarono pressochè completi i movimenti fisiologici dell'articolazione.

Una resezione completa di piede con estirpazione dell'astragalo non diede invece nessun buon risultato, e fu presto fatta seguire da amputazione della gamba al terzo inferiore per riproduzione del processo tubercolare nelle restanti ossa del tarso e metatarso.

La resezione diafisaria del femore per frattura spontanea da osteomielite acuta, benchè seguita da sutura metallica dei frammenti non diede l'esito desiderato. Si ottenne infatti un callo fibroso, voluminoso e molle, che fece temere una pseudo-artrosi permanente: esso andò però gradatamente riacendosi e solidificandosi così da permettere all'ammalato la deambulazione senz'altro soccorso che quello di una leggiera fasciatura e d'un bastone. Il raccorciamento fu di circa sei centimetri.

In una osteomielite acuta bilaterale delle tibie si intervenne il più presto possibile colla ampia trapanazione, mediante sgorbia e martello, dell'osso, estendendosi a tutta la diafisi della tibia sinistra ed a più di un terzo della destra, mettendo allo scoperto ed

asportando completamente il midollo ridotto ad una poltiglia purulenta. L'ammalato, gravissimo prima dell'operazione, migliorò gradatamente e guarì senza che si verificasse necrosi.

Nell'ernia muscolare del terzo adduttore abbiamo asportata tutta la massa muscolare erniosa. È d'uopo dire per che in queste forme non trattasi di ernia ma sibbene di lacerazione di fibre muscolari, i cui capi rotti ritraendosi e cicatrizzandosi a distanza costituiscono quei tumori fibro-connettivali che erroneamente chiamansi ernie muscolari. Credo che tali tumori, che riscontransi quasi esclusivamente negli adduttori dei cavalleri, dovrebbero più giustamente chiamarsi pseudo-ernie muscolari, differenziandole così dalle vere, che sarebbero costituite dalla protrusione del muscolo integro attraverso una fessura aponeurotica. Nel primo caso la contrazione del muscolo leso aumenta il volume del tumore, nel secondo lo diminuisce o lo fa scomparire.

Nelle due resezioni della safena interna per varici, la guarigione fu completa. La resezione si praticò a tre differenti altezze, secondo il processo di Trendelenburg cioè: al terzo medio della coscia ed al lato interno del ginocchio o del polpaccio, asportando ogni volta circa otto o dieci centimetri di vena e recidendone le collaterali fra due legature. Abbiamo rivelato ultimamente un soldato operato da quasi due anni, nel quale la deambulazione era affatto libera e spedita, e che asseriva di poter stare molto tempo in piedi, attendere a qualsiasi lavoro e reggere alle marcie senza risentirne alcun disturbo.

Nell'artrotomia del ginocchio per frattura trasversa della rotula, dopo asportati i numerosi coaguli sanguigni, abbiamo suturato con filo metallico i frammenti rotulei notevolmente divaricati, perforandoli due volte

col trapano Collin ed applicando il filo ad ansa, per evitare che il piccolo frammento superiore ne venisse ad essere inciso. Suturemmo quindi distintamente i legamenti laterali, la capsula rotulea e la cute con seta. La guarigione avvenne per prima ed il callo si formò e consolidò in pochi giorni, cosicché, mercè l'aiuto del massaggio e della corrente elettrica seguita poi dalla cura dei fanghi, l'ammalato riprese completamente l'uso dell'arto ed il servizio nel proprio corpo.

Averlo riveduto dopo un anno, abbiamo potuto constatare che i frammenti rotulei erano così perfettamente e saldamente saldati ad immediato contatto, da far ritenere che il callo formatosi fosse di natura ossea anziché fibrosa, come in tal genere di fratture suole avvenire.

Benchè merueuta, devo qui ricordare la cura di un aneurisma arterioso del poplite, conseguita mercè un apparecchio di compressione a forma di leva di 2° genere, fatto costruire dall'ottimo tenente colonn. medico Favre. Questa leva fissata pel suo fulcro ad un lato del letto, aveva la potenza fornita da un peso mobile (romano) a scorrimento lungo la sbarra di acciaio e la resistenza costituita da una calotta rivestita di cuoio, mobile in sito, che veniva applicata sopra l'arteria femorale alla radice della coscia. La guarigione si ottenne in 20 giorni, tenendo applicato l'apparecchio di sei in sei ore.

Lussazioni e fratture. Finita la rapida rassegna degli atti operativi, darò uno sguardo sintetico alle fratture e lussazioni che numerose e non prive di importanza ricoverarono nel reparto.

Le fratture sommano a più di 80. Alcune erano esposte e comminative, quattro per ferite d'arma da fuoco. Una sola richiese, come è detto più sopra, la demolizione del piede in quattro si praticò la riduzione cruenta e la sutura metallica dei frammenti. Nelle altre fratture

complicate si procedette sempre ad una accurata asepsi della parte, seguita anche da impacco al sublimato quando potevasi temere una infezione settica. Con questo procedimento si riuscì sempre ad evitare qualsiasi complicazione.

Nelle fratture con tendenza allo spostamento si applicò la fasciatura annulata o gessata, nelle fratture della coscia l'estensione a pesi coll'apparecchio a slitta di Volkmann.

Però la fasciatura non si lasciò in posto che una quindicina di giorni al massimo, trascorsi i quali veniva tolta ed eseguita una seduta di massaggio, per rianimarla solo quando persisteva la tendenza allo spostamento.

Le fratture invece che non avevano tendenza a spostarsi furono tutte curate col massaggio ripetuto giornalmente, seguito talora da leggera fasciatura, lasciando che l'infermo si servisse del suo arto per quanto poteva. Così facendo si ebbe il vantaggio di vedere a celerata di molto la guarigione ed evitata l'ipotrofia muscolare e la rigidità articolare, che generalmente seguono all'applicazione di apparecchi inamovibili.

Delle due fratture del femore curate coll'estensione permanente, la prima guarì ottimamente con pochi millimetri di raccorciamento dell'arto, nell'altra invece, benchè trattata collo stesso metodo, trovammo dopo circa 20 giorni di degenza un raccorciamento di circa 5 centimetri per accavallamento dei frammenti. A vero dire l'ammalato fu vigilato attentamente per una quindicina di giorni, durante i quali l'arto fratturato venne ripetutamente misurato, ma poi, troppo presto stecchi del fatto nostro, tralasciammo la misurazione per una settimana, in capo alla quale constatammo con sorpresa il notevole raccorciamento. Tentata la riduzione coll'aumento dei pesi di trazione senza nessun risultato, pro-

ponemmo la riduzione cruenta mediante l'osteotomia, alla quale l'ammalato rifiutò di sottoporsi. Si ottenne così la consolidazione della frattura col raccorciamento sopradetto; tuttavia l'arto era diritto ed il piede in posizione normale.

Da indagini fatte abbiamo saputo che l'ammalato, col consenso di troppo compiacenti piantoni, aveva per abitudine, nell'intervallo delle visite, di eliminare coi cuscuri applicati sotto il dorso, la controestensione ottenuta mediante il sollevamento dell'estremo inferiore del letto e di scendere lungo il letto stesso fino ad appoggiare il piede dell'arto fratturato all'apparecchio di estensione.

Le lussazioni furono in numero di 23. Alcune duravano da parecchi giorni. Predominarono quelle della spalla, varietà sottocoracoidea, e quelle posteriori del gomito. Le prime furono ridotte pressochè tutte col metodo di dolcezza di Kocher. In alcune fu necessaria l'anestesia cloroformica, e fra queste una lussazione dell'astragalo con notevole spostamento e distensione della cute del dorso del piede.

Il concetto che ci fu guida nella cura delle fratture ci guidò anche nel trattamento delle lussazioni. Dopo pochi giorni di immobilizzazione della articolazione, sei o sette al più, togliemmo la fasciatura e cominciammo le sedute quotidiane di massaggio ed i movimenti, salvo a rinnovarla se la lussazione aveva tendenza alla recidiva.

Non altrimenti ci regolammo nelle numerose distorsioni e contusioni articolari, limitando l'immobilizzazione a brevissimo periodo di tempo solo per quelle articolazioni che per notevole versamento sieroso o sanguigno, eransi dovute sottoporre alla paracentesi. Tutte le altre curammo subito col massaggio, coi movimenti e colla deambulazione. Spesso usammo la corrente elettrica

per prevenire o combattere ipotrofie muscolari e rigidità articolari.

I morti furono in numero li cinque, alcuni già ricordati fra gli atti operativi. Cioè:

1° Probabile infezione carbonchiosa. L'animalato, soldato d'un reggimento di cavalleria, entra nel reparto per piaga al piede sinistro che datava da cinque giorni. Il giorno successivo al di lui ingresso si aggravò, e morì la sera stessa con fenomeni di paralisi cardiaca, con edema e cianosi, prima dell'arto inferiore sinistro e l'inseguito anche del destro.

Cura: esportazione estesa dei tessuti infiltrati attorno alla piaga. Eccitanti e rivulsivi.

Esame microscopico del sangue negativo (torse perchè incompleto).

La necropsopia non si è potuta fare per opposizione dei parenti.

2° Frattura della base del cranio, per caduta dall'alto con emorragia nelle vie respiratorie.

Tracheotomia d'urgenza (eseguita all'assistente, tenente medico dottor Lanza).

Morte dopo tre ore dall'ingresso in reparto.

3° Empiema tuberculare. Toracotomia costale. Morte dopo 19 giorni per tubercolosi miliare generalizzata.

4° Ferita d'arma da fuoco al torace sinistro a scopo suicida. Emorragia grave.

Cura: fasciatura, eccitanti, ipodermoclisi. Morto dopo 4 ore per anemia acuta.

Necropsopia: frattura della 5ª costola sinistra e del margine esterno della scapola sinistra. Vasta lacerazione dei due lobi polmonari sinistri.

5° Appendicite ulcerata e peritonite diffusa.

Laparotomia, resezione dell'appendice, toilette peritoneale e drenaggio. Morte in 8ª giornata per paralisi intestinale.

Necropsopia: tracce di progressa peritonite.

Ho detto più sopra passando in rassegna gli atti operativi, come la guarigione per prima siasi sempre ottenuta in tutte le operazioni asettiche. Posso aggiungere che nessuna eccezione a tale regola ebbesi a verificare anche in tutte le altre operazioni asettiche di minore importanza che occorre giornalmente di eseguire in un reparto di chirurgia, che presentò una media di cento entrati al mese.

Pure per prima guarirono pressochè tutte le numerosissime ferite lacero-contuse che, specie nel mese di maggio dello scorso anno, durante i memorabili moti di questa città, ricoverarono nel reparto. La maggior parte erano state causate da colpi di tegole e di pietra, ed interessavano il cuoio capelluto e la faccia, spesso con perdita notevole di parti molli. In tutte praticammo una accuratissima asepsi, radendo ampiamente i capelli e la barba, lavando a lungo con spazzola e sapone sgrassando con alcool, rimuovendo attentamente ogni corpo estraneo o bruttura affondata nella ferita ed infine suturando come in ferite da taglio.

Lo stesso trattamento dopo una breve ma convincente esperienza, applicammo a tutte le ferite già saturate, che ci venivano inviate dalle numerose guardie mediche e dai corpi che avevano prestati d'urgenza i primi soccorsi ai feriti, rimuovendone i punti di sutura.

Tali risultati che io credo di poter chiamare ottimi se si considera che pressochè ogni giorno in un reparto chirurgico abbiamo da curare gravi infezioni l'ogni genere, non devono oggi meravigliare. Essi sono, dirò, di obbligo quando si ha la fortuna di ampiamente disporre dei mezzi necessari per raggiungerne e la più completa asepsi. E questi mezzi non fanno difetto nell'ospedale militare di Milano, per opera specialmente del colonnello medico cav. Randone, che ne tenne per due anni e mezzo la direzione; di questo abile ed ar-

dito chirurgo, che fu mio maestro e mia guida, ed al quale mi è grato cogliere questa occasione per rendere un tenue omaggio di molta gratitudine.

Devo eziandio ringraziare l'attuale direttore tenente colonnello cav. Favre, che mi aiutò sempre coll'esperienza e coi consigli, e la cui illuminata direzione seppe con giusta larghezza provvedere ai mezzi necessari al buon andamento del reparto.

Milano, 2 ottobre 1899.

SULLA SIMULAZIONE DELLA SORDITÀ BILATERALE E SUI MEZZI PER SCOPRIRLA

Memoria presentata al IV Congresso otologico italiano
(Roma, 25, 26 e 27 ottobre 1899) dal Dott. **G. Ottino** capitano medico

Nei vecchi trattati di medicina legale il capitolo della simulazione delle sordità era ridotto alla enumerazione dei mezzi di sorpresa, delle *ruses* adottate dai puniti per cogliere in fallo i supposti simulatori. I moderni otologi e medici forensi dedicano lunghe pagine alla simulazione della sordità unilaterale ed accennano appena di sfuggita a quella bilaterale. Eppure l'argomento merita di essere studiato a fondo, poichè il coscritto che cerca l'esenzione dal servizio militare, il ferito al capo che tenta di ripetere dal terditore una maggiore indennità, l'operaio che può aver interesse ad aggravare le condizioni fatte agli imprenditori dalla nuova legge sugli infortuni del lavoro, gl'individui iscritti ad una compagnia di assicurazioni, ricorrono volentieri alla simulazione della sordità bilaterale.

Le ragioni per cui si ricorre spesso alla simulazione della sordità son quelle già esposte da Bousseau: la grande frequenza delle malattie auricolari, la facilità con cui con un po' di tenacia e di inerzia si può simulare la sordità. Gellé nel 1880 aggiungeva: « le nostre limitate conoscenze nel campo della patologia e della fisiologia dell'orecchio. »

Ma dal 1880 ad oggi l'otologia ha fatto passi da gigante ed il pento otologo odierno, di fronte ad una sordità, confinerà in ultima linea i mezzi di sorpresa, potendo dalla semeiotica e patologia auricolare trarre gli argomenti per sconfiggere il simulatore.

Un'accurata anamnesi è elemento indispensabile ad una esatta diagnosi medico-legale. Non di rado il racconto strampalato dell'interessato in aperta contraddizione colle nostre conoscenze eziologiche della sordità basta ad affermare la simulazione. Un soldato, nel quale venne poi con altri dati, ed anche colla sorpresa, accertata la simulazione, riferiva d'esser diventato completamente sordo nel tragitto di mare da Cagliari a Livorno senz'altri fenomeni precedenti o concomitanti nè di natura flogistica nè traumatici.

Il contegno, il timbro e la forza della voce del vero sordo sono affatto diversi da quelli del simulatore.

Il vero sordo ha un aspetto tipico, un *cachet* che difficilmente i simulatori riescono ad imitare. Egli tenta di sopprimere cogli altri organi di senso acuti dall'attenzione e dall'elucrazione al difetto dell'udito, quindi i suoi occhi compiono prodigiose escursioni a destra a sinistra in alto ed in basso, il suo corpo ha una volubilità e delle pieghevolezze particolari. Se si trova in società, pende dalle labbra dell'interlocutore per indovinare dal movimento delle labbra la parola, si volta ad ogni minimo rumore che gli giunge per il tatto. Se parla, il timbro della sua voce è monotono, sgraziato, nasale, sordo come il suo orecchio, la forza della voce è sproporzionata ai bisogni, troppo forte se e li può ancor sentire la propria voce, troppo bassa se non la sente più.

Il simulatore esagera, è sordolauto o paralitico della lingua e dell'udito, non ha la minima espressiva, il suo occhio sfigge lo sguardo, egli è taciturno, concentrato

in sé stesso, isolato dal resto del mondo. La sua voce è per lo più gradevole, ben intonata, non troppo bassa né soverchiamente forte.

Questo sintomo del cambiamento di timbro e della sproporzione della forza della voce compare molto presto e non lo potremmo constatare in una sordità datante la tre mesi appena. Il simulatore non pensa in generale a simularlo ed è inetto a fingerlo con probabilità di successo.

Il più attendibile, perchè al riparo d'ogni simulazione sarebbe l'esame obbiettivo. Ma esso non ci dà elementi sicuri di giudizio sullo stato funzionale d'un orecchio perchè 1° nella malattie delle parti dell'orecchio accessibili all'esame l'entità delle lesioni anatomico-patologiche non è sempre proporzionata al grado del disturbo uditivo; 2° perchè v'ha un'intera serie di malattie d'orecchio in cui l'esame obbiettivo nulla ci rivela e ciò ma grado si ha una forte diminuzione ed anche abolizione completa dell'udito: certe siferosi, dell'orecchio medio, otiti interne, malattie dell'acustico, isterismo auricolare, sordomutismo congenito.

Politzer, Chlénm, Schwartze, Wolf ci avevano descritti speciali casi in cui l'udito si era conservato pressochè normale malgrado fossero rilevabili gravissime alterazioni della membrana timpanica e degli ossicini. Ma la più chiara dimostrazione ci è fornita dalle *Schuluntersuchungen* di Bezold, dalle quali risulta che il 37% degli scolari che udivano la voce a fona oltre 16 metri presentavano opacamenti, calcificazioni, atrofe, cicatrici, retrazioni e perforazioni della membrana timpanica. Negli operati di iperplasia adenoidica del faringe migliorò l'udito quando ancora per nulla s'è notata la grave retrazione timpanica. L'affermazione di Collé che nemmeno la staffa è assolutamente indispensabile ad un buon udito, è avvalorata dagli ottimi

risultati funzionali testè ottenuti da qualche otocirurgo colla stapedectomia (Kessel).

Per rapporto al risultato negativo del reperto oggettivo in certe malattie dell'orecchio interno, credo pregio dell'opera ricordare che Muller nella metà circa delle otiti interne da trauma avrebbe riscontrato all'otoscopia l'iperemia del plesso malleolare e della porzione più profonda del condotto uditivo esterno, fenomeni di cui si riscontrerebbe traccia anche dopo mesi ed anni.

Noi pure notammo il fatto in due casi, ma in modo effimero, l'iperemia scomparendo dopo pochi giorni, per cui saremmo indotti a credere che la paralisi vasomotoria invocata da Muller per la spiegazione del fenomeno in parola sia affatto momentanea e non lasci dietro di sé residui obiettivi di sorta.

Non voglio con ciò disconoscere il valore che possono avere le alterazioni obiettivamente rilevabili dell'orecchio nella diagnosi, anzi ciò lo mio lavoro insistere sulla necessità non solo dell'esame otoscopico, ma anche della rinoscopia anteriore e posteriore, poichè è là solamente che si può trovare la chiave delle spiegazioni di certe sordità manifestatesi tanto lentamente che acutamente. Un'importanza affatto peculiare assumono nelle patogenesi della sordità dell'adolescenza le così dette vegetazioni o tumori adenoidi del faringe o iperplasie della tonsilla faringea di Luschka. Questa tonsilla che verso l'adolescenza passa a quasi completa involuzione, abbastanza spesso non regredisce e dà luogo a gravi disturbi uditivi sia perchè occlude la tromba Eustachiana ed impedisce la normale ventilazione delle cavità dell'orecchio medio, sia perchè costituisce un focolaio d'infezione che manda per la tuba le sue irradiazioni flogistiche alla cassa. Ora queste vegetazioni si riscontrano nel soldato più frequentemente che non si creta.

Chauvel su 265 soldati malati d'orecchi notò vegetazioni adenoidi in 51; Sexe su 400 soldati d'artiglieria presi a caso ne trovò 25 con vegetazioni adenoidi, in cui 10 presentavano disturbi soggettivi. E Vacher va tant'oltre da pretendere che l'esame del faringe nasale debba essere obbligatorio come la vaccinazione.

L'esame obbiettivo dunque può darci degli indizi sull'esistenza o meno d'una lesione auricolare, ma per quel che riflette il quantum di udito realmente esistente, e per il quesito se la diminuzione d'udito sia reale o simulata solo può dircelo l'esame funzionale.

Due quesiti si presentano a risolvere al perito chiamato a giudicare un sordo supposto simulatore:

1° Esiste simulazione od esagerazione?

2° Quale il grado reale della sordità?

Al primo quesito si può rispondere con un'abbondanza di dati ricavati dall'anamnesi, dal contegno e dalla forza e timbro della voce, dall'esame elettrico dell'acustico, dall'esame del senso statico e dinamico e dall'esame funzionale acustico. Dell'anamnesi, del contegno, timbro e forza della voce del supposto sordo ho già detto. Vediamo l'esame *del senso statico e dinamico del labirinto*.

Dopo le celebri esperienze di Flourens (1824) sui canali semicircolari dei colombi e le osservazioni cliniche di Ménière sulla sindrome otopatica che da lui prese il nome, una folla di fisiologi ed otorinisti s'è arrogata la testa sul problema delle funzioni del labirinto.

Sarebbe troppo lungo l'enumerare le vicende che subì la teoria di Flourens sui canali semicircolari attraverso gli esperimenti, le ricerche di Valentin, Schiff, Baetcher, Goltz, Tomaszewski, Steiner, Masini, Cyon, Cram Brown, Brener, Mach Meyer, Ewald, Delage, Kreidl, Bonnier, von Stein, Egger ecc. Mi basti ricordare brevemente i punti principali della ipotesi,

allo stato attuale della scienza più accreditata, che è quella di Breuer-von Stein.

Il labirinto contiene speciali apparecchi automatici, speciali organi di senso i quali per via riflessa servono alla conservazione dell'equilibrio nel riposo (otricolo e sacculo) e durante il movimento (canali semicircolari).

Otricolo ed il sacculo organi di senso statico.

L'otricolo è rivestito di un epitelio sensoriale, le cui cellule sono sormontate da ciglia disposte a pennello, le quali sopportano gli otoliti o otoconi, concrezioni calcari d'un peso specifico maggiore del liquido nel quale nuotano. L'equilibrio statico è l'espressione dell'assenza di spostamenti degli otoliti, cioè si ha quando gli otoliti esercitano la pressione nella direzione delle ciglia sensoriali. Questa spiegazione di Breuer ha trovato un solido appoggio nelle osservazioni biologiche di Engelmann e nelle esperienze di Yves Delage. Il primo ha dimostrato che tutti gli animali a vita mobile possiedono otoliti, mentre le specie fisse ne sono prive e che gli otoliti, scompaiono appena l'evoluzione ontologica rimpiazza la libera locomozione con una vita fissa. Delage distruggendo le otocisti di certi crostacei e molluschi li ha visti perdere completamente la facoltà di tenersi in equilibrio.

Il movimento progressivo in avanti è pure funzione otricolo-sacculare ed è dato dalla eccitazione prodotta dallo spostamento in addietro degli otoliti.

Canali semicircolari organi di senso dinamico. — I movimenti angolari del capo sono percepiti invece per l'eccitazione che ingenerano sulle ampulle le variazioni di pressione del liquido endolinfatico nei canali semicircolari. Una rotazione, ad es., nel piano orizzontale verso sinistra produce un aumento di pressione endolinfatica verso l'ampolla corrispondente e questa eccitazione giunta al cervello fornisce la percezione della direzione del movimento.

I tre canali semicircolari disposti come i tre piani dello spazio, servono dunque alla percezione dei tre movimenti angolari.

Tono muscolare d'origine labirintica. — Flourens ed Ewall hanno osservato che quando si lesionano i labirinti degli uccelli si provocano disturbi di movimento specialmente in questi organi che sono più importanti per la mobilità di loro locomozione: così negli uccelli saltellanti e rampicanti son disturbati i movimenti dei piedi, negli uccelli che prevalentemente volano quelli delle ali. Boettcher ed altri autori, riscontrano che la lesione d'un canale semicircolare è seguita da debolezza delle estremità superiore ed inferiore del lato operato. Negli uomini che si servono dei piedi per la locomozione le più leggere affezioni di certe parti del labirinto e del cervello si tradiscono per mezzo di disturbi di coordinazione. James (1882) già sapeva che i sordomuti hanno un incenso da ubbriaco, nel marciare allungano le gambe e talora vanno a zig-zag, oppure strascicano il piede sul suolo. Kriedl (1891) dice che la maggior parte dei sordomuti da lui osservati non possono reggersi ad occhi chiusi su una gamba sola nè marciare in linea retta. La spiegazione di questi disturbi di azione muscolare dovrebbe, secondo von Stein, ricercarsi in ciò che il labirinto leso non manda più quegli impulsi centripeti regolari ai corrispondenti muscoli, per la cui sinergica ed antergica contrazione ha luogo la coordinazione dei movimenti. Noi dobbiamo distinguere le contrazioni muscolari fini dalle grossolane: queste sono eseguite da un intero gruppo muscolare ed obbediscono alla nostra volontà ed al controllo della vista; ma senza le contrazioni fini o fibrillari i movimenti sono più lenti, irregolari, scalenti, passati con interruzione l'uno nell'altro, specialmente senza l'aiuto della vista. Ora sono precisamente queste

fini contrazioni muscolari (che son messe in gioco, ad es., nel marciare su una corda, su una trave) che sono regolate da uno speciale apparecchio automatizzato avente sede nel labirinto.

Nistagmo alla centrifugazione — Cyon ha per primo dimostrato i disturbi oculomotori che si associano alle lesioni labirintiche, e dopo di lui tutti quelli che hanno sperimentato sul labirinto dei vertebrati sono stati colpiti dalle anomalie più o meno pronunciate dell'oculomotilità. Il fenomeno più frequente è il nistagmo, ma tutti i disturbi possono riscontrarsi, e tutti si osservano in clinica.

Casi di nistagmo d'origine otitica, furono descritti da Deleau, Schwabach, Pfleger, Barkner, Moos, Kip, Cohn, Jansen, Urbantschitsch, Geronzi, generalmente nelle otiti purulente con granulazioni, ma talora anche nelle affezioni sifilitiche o traumatiche del labirinto, nelle malattie di Ménière, ecc. (Jansen). Questi però rappresentano i casi chiamati, in cui il nistagmo salta agli occhi, ma ve ne sono altri molti in cui i disturbi di coordinazione dei movimenti del bulbo restano latenti e non possono essere messi in evidenza che con certi artifici, moltiplican lo e stimolando la loro motilità.

Quando si fa girare ad occhi chiusi rapidamente il capo e con esso la persona attorno a l'un asse verticale, l'occhio che gode di molta inerzia si sposta in un senso inverso a quello del capo, ma ad un tratto avviene un movimento in senso opposto e si stabiliscono così dei movimenti oscillatori del bulbo per lo più in senso orizzontale. Allo stato patologico possiamo avere l'annistagmo, l'iponistagmo, l'ipertristagmo voi Stern.

L'esame del senso statico si pratica cercando se esiste il fenomeno di Romberg, se v'ha tentennamento o caduta nella stazione eretta sulla punta dei piedi ravvicinati, su una gamba e sul goniometro statico. Questo

strumento, immaginato da von Stein, consta di due tavole collocate una sull'altra, delle quali la superiore facendo perno sulla prima, può essere innalzata fino ad un angolo di 50° , misurabile con un goniometro. Un uomo sano e giovane può sopportare un'inclinazione anteriore di $36^\circ-40^\circ$, una posteriore di $26^\circ-30^\circ$, una laterale di $36^\circ-38^\circ$ (von Stein, Luzzati).

Si saggia l'attività muscolare dinamica facendo eseguire al paziente i seguenti esperimenti:

1° la prova del tappeto verde di Versailles: cioè marciare in linea retta all'avanti od all'indietro ai occhi chiusi;

2° saltare sulla punta dei piedi a destra, a sinistra sullo stesso posto a gambe ravvicinate e ginocchi rigidi;

3° saltare su una gamba;

4° girare sull'asse verticale del corpo ad occhi chiusi verso destra o verso sinistra;

5° girare sulla punta d'un piede verso destra verso sinistra.

Per constatare se il centro generatore del nistagno sia lesa o no, ci serviamo della centrifugatrice, specie di tavola girante, sulla quale stanno osservatore ed osservato.

L'ipernistagno sta ad attestare un'iperestesia, l'iponistagno ed anistagno l'anestesia del centro in parola.

L'argomento della funzione statica e dinamica del labirinto essendo solo in questi ultimi tempi passato dal campo della fisiologia sperimentale alla clinica, non possiamo ancora trarre da esso quel partito che promette, tuttavia noi basandoci sulle ricerche di Kriegl, Delage, Rosenbach, Ewald, Stern ed altri su sordomuti, e sulle osservazioni cliniche di von Stein, Luzzati, Max, Egger sui malati d'orecchi, ci crediamo

autorizzati a concludere che ogni disturbo del senso statico e dinamico, accertato di origine auricolare, rende attendibili le allegazioni di sordità di un paziente, pur essendo possibili lesioni di equilibrio senza contemporanea diminuzione d'udito. Il nistagno alla centrifugazione è fenomeno non passibile di simulazione, quindi la sua assenza o il suo svolgersi con velocità inferiori o superiori a quelle che occorrono normalmente stanno ad attestare che nel labirinto v'è un centro che non funziona perché in stato di paralisi o di irritazione. Il comportarsi del nistagno come nei sani non esclude l'esistenza di disturbi acustici, essendo i due centri affatto distinti.

Un esame che non dovrebbe mai essere trascurato in simili casi e che non ha avuto ancora quella voga che merita, è l'*esame elettrico dell'acustico*. Il modo di comportarsi del nervo acustico verso la corrente galvanica sia nel sano che nel malato d'orecchi, è stato già minutamente descritto nella magistrale opera di Brenner, nei lavori di Benedikt, Morel, Polak e Gartner, Moure, ed in quelli del mio illustre maestro professor Gradenigo.

Per praticare questo esame occorrono una batteria di trenta elementi, un galvanometro a mille-ampère, un commutatore, un reostato, un interruttore. Il malato è in posizione seduta, il capo appoggiato su un cuscino in modo che l'orecchio da esaminare sia rivolto in alto. Un elettrodo rotondo umettato d'acqua calda è appoggiato sul dorso o sulla nuca od anche tenuto dalla mano del paziente, l'altro della stessa forma del precedente è applicato sulla pelle immediatamente davanti al trago (metodo di Erb o di applicazione esterna). Messo il catode davanti al trago e l'anode sul dorso o sulla nuca e fatta passare la corrente, si chiude a parecchie riprese il catode rinforzando progressivamente l'inten-

sità della corrente finchè il paziente avverta un suono campanello, fischio, soffio, sibilo. Si chiama con Brenner eccitabilità primaria il minimum d'intensità di corrente che può dare una sensazione uditiva alla chiusura del catode. Si ricerca in seguito la eccitabilità secondaria (quella che si ottiene alla chiusura del catode dopochè l'acustico è stato sottoposto all'azione della chiusura del catode, apertura catode, chiusura anode, apertura anode, e la eccitabilità terziaria (rappresentata dal minimo d'intensità della corrente alla quale risponde l'acustico alla chiusura del catode dopo che il nervo è stato sottoposto alle successive commutazioni di corrente).

Nei sani d'orecchi per provocare colla corrente galvanica una sensazione sonora alla chiusura del catode è necessaria un'intensità di corrente pari a 15-20 M.A. ed anche più. In casi patologici si può avere:

1° la formola normale di reazione già con frazioni di M.A., cioè si ha suono per lo più di campanello alla chiusura del catode ed all'apertura dell'anode. Questa ipereccitabilità è frequente nelle gravi otiti interne svolgentisi acutamente;

2° alterazione qualitativa della formola: si hanno sensazioni sonore oltrechè in $Ka S$ e Ano anche in $An S$ e talora, benchè molto di raro in $Ka O$;

3° inversione della formola: manca la reazione in $Ka S$ e Ano e si ha al contrario in $Ka O$ e $An S$;

4° reazione paradosica, reagisce l'orecchio non amato.

La facile reazione del nervo acustico fu riscontrata da Brenner, Unverricht nei tumori cerebrali coinvolgenti il nervo acustico. Circa il significato diagnostico della ipereccitabilità dell'acustico m'associa al parere di Gradenigo: « La facilità di reazione del nervo acustico indica un processo irritativo, che noi non pos-

siamo presentemente definire esattamente, dell'orecchio interno e probabilmente del nervo acustico, per lo più legato a fenomeni infiammatori o semplicemente iperemici, sviluppantisi sia primitivamente nell'apparecchio di percezione dei suoni, sia secondariamente per propagazione dalle parti vicine (orecchio esterno, orecchio medio, cavità endocranica). »

Ora sono precisamente i casi di sordità legati a fenomeni infiammatori o iperemici dell'orecchio interno o dell'acustico, dove noi urtiamo contro gravi difficoltà di diagnostico. Una sordità, stabilitasi da lunga data, può essere legalmente comprovata da atti di notorietà, dalle testimonianze dei vicini, ma quando la sordità è soppiata improvvisamente o dietro un trauma o per una causa qualsiasi e l'esame obiettivo nulla ci dice che possa guidarci sulla via della diagnosi, l'esame elettrico, se positivo, ci è utilissimo aiuto al nostro giudizio. Ho aggiunto *se* positivo, perchè non sarebbe scientificamente esatta la proposizione inversa; cioè, l'assenza dell'ipereccitabilità del nervo acustico non deve farci escludere una lesione anche grave dell'organo uditivo d'antica data ed a evoluzione lenta (Gradenigo).

Nelle otiti medie ed interne traumatiche l'aumento di eccitabilità è moderato e, secondo Gradenigo, la reazione talora avrebbe luogo solo alla chiusura del catodo prolungandosi per tutta la durata della corrente.

Pollak, applicando la corrente galvanica al capo degli stessi sordomuti di Krauß nei quali mancava il nistagmo oscillatorio alla centrifugazione, avrebbe trovato che non si verificavano i caratteristici movimenti degli occhi e del capo che si hanno nella galvanizzazione dell'acustico dei sani. Da esperienze mie personali sono indotto a credere che questo difetto non abbia luogo nei sordi anche d'alto grado.

Migliori e più sicuri criteri ci sono forniti dall'*esame funzionale acustico*. E qui apro una parentesi per alzare

la voce contro un grave errore che riprodotto da qualche trattato di medicina legale, ha dato luogo ad ingiusti responsi medicolegali.

Ai supposti simulatori viene da taluni all'impensata del soggetto e dietro di lui fatta cadere una sciabola od altro oggetto sul terreno per vedere se si rivolge verso il luogo di produzione del rumore. Ostmann ci racconta che un soldato, il quale si voltò naturalmente indietro, fu dichiarato simulatore, quantunque fosse sordo al punto da dover ricoverare in un istituto dei sordomuti. Egli è che l'urto sul pavimento provoca, insieme al fenomeno rumore, una trepidazione del terreno, la quale viene percepita anche dal sordo come sensazione tattile. Anzi l'immobilità del soggetto in tale esperimento è sospetta e Casper riuscì a smascherare un simulatore appunto perchè aveva fatto le viste di non sentire uno scuotimento del terreno provocato dietro di lui.

Le diligenze ed accurate ricerche istituite sui sordomuti da Hartmann, Lemke, Uekermann, Bezold, Urbantschitsch, Roller e Schwendt hanno assodato che una grossa percentuale dei sordomuti possiede tracce d'udito e questa percentuale a seconda della maggiore o minore intensità della sorgente sonora adoperata varia da un minimo di 20,8 p. 100 (Lemke), al massimo del 97 p. 100

Urbantschitsch. Bezold e Schwendt asseriscono che la massima parte dei sordomuti sente per il tatto le consonanti *p, t, r* pronunciate a voce alta in immediata vicinanza. Non posso confermare tale affermazione almeno per riguardo ad alcuni sordoni caduti sotto la mia osservazione.

Se è molto basso il per cento dei sordi privi di ogni sensazione acustica per via aerea, è addirittura minimo il numero dei sordi che non sentono affatto il diapason di bassa tonalità applicato sul cranio. Kerr-Lowe afferma che la sordità aerea non sorpassa nei sordo-

muti il 7-8 p. 100 e quella osteo-timpanica è d. parecchio minore. Cerruti nella sua lunga pratica ha riscontrato solo una o due volte la completa mancanza di ogni percezione acustica per la via delle ossa. I moderni otologi hanno osservato tale mancanza in alcune degenerazioni del tronco dell'acustico o dei suoi nuclei d'origine, specialmente nella tabe dorsale (Haug, Friedrich).

Per conseguenza un soggetto che neghi di percepire il suono del diapason basso applicato sul cranio sarà sempre molto sospetto.

Quando l'esaminando affermi di avvertire per la via osteo-timpanica la percezione sonora del diapason potremo avere la certezza della simulazione con uno dei seguenti processi:

1° applicato il diapason basso sul cranio e chiusi i condotti uditivi collo dita d'un assistente, se il soggetto afferma di percepire il suono molto meno od anche affatto dopo la chiusura dei condotti uditivi, è un simulatore;

2° si faccia vibrare il diapason basso e lo si applichi sul cranio, un assistente introduca due olive colle quali terminano due tubi di gomma delle comuni pere di Politzer. Il soggetto che si sentirà chiusi i condotti, dirà di non sentir nulla e sarà così preso nel tranello.

Questi due esperimenti, che io propongo, sono decisivi in fatto di simulazione di sordità. Essi sono basati su leggi fisiche, nel primo caso noi convertiamo una camera aperta in camera chiusa ed impedendo il deflusso delle onde sonore dal condotto rinforziamo il suono del diapason come nell'esperimento dei fratelli Weber. Nel secondo applichiamo ai conotti due camere di risonanza che amplificano grandemente il suono. I vantaggi che offrono questi esperimenti si è che essi hanno valore in qualunque forma di sordità,

sia essa dipendente da malattia dell'orecchio medio o da malattia dell'orecchio interno, epperò non son necessarie speciali conoscenze nel così oscuro campo della diagnosi differenziale tra le affezioni dell'apparecchio di trasmissione o di percezione dei suoni.

La prova del diapason vibrante sulle ossa può venire utilizzata colle modalità benchè non nel senso voluto da Egger. Questi il 23 luglio 1898 riferiva alla Società di biologia di Parigi sul seguente fatto paradossale. Se nei sordi si applica il piede d'un diapason in vibrazione su una sporgenza ossea della estremità o del tronco, il suono del diapason viene percepito anche quando fa diletto la percezione uditiva tanto per la via aerea che per la craniotimpanica.

La prova di Egger, secondo le mie esperienze già comunicate alla R. Accademia medica di Torino ha la sua parte di vero ma è in parecchi punti erronea. Non è mia intenzione l'addentrarmi nella discussione se la trasmissione del suono dalle estremità ai neuroni bullari dell'8° paio abbia luogo per mezzo dei nervi della sensibilità tattile, opinione in contraddizione colle vedute che da G. Muller in poi noi abbiamo circa l'energia specifica dei nervi di senso, e d'altra parte già vittoriosamente combattuta da Bonnier e da esperimenti eseguiti da Martini nella clinica otologica di Genova. Risulta dai miei studi alla clinica di Torino che la percezione sonora del diapason vibrante su una sporgenza ossea delle estremità o del tronco è dovuta alla propagazione del suono per le ossa alla rocca e ne sono prova i seguenti fatti.

a la durata di percezione del suono del diapason vibrante sulle ossa delle estremità è maggiore nelle malattie conclamate dell'orecchio medio,

b essa è sempre una frazione della durata di percezione del diapason applicato al vertice o sull'apofisi mastoidea;

c il diapason applicato sulle parti molli del polpaccio può venir percepito come suono nelle malattie dell'orecchio medio, ma sempre in ogni singolo caso per un tempo più breve che se applicato sulla tibia o sulla rotula;

d la durata di percezione del diapason applicato sulla rotula o sul polpaccio è in diretto rapporto colla durata di percezione del diapason al vertice od alla apofisi mastoidea.

Le conseguenze che io ne trassi per la medicina legale erano che un individuo il quale asserisca di sentire dalla sura e riproduca colla voce con una certa approssimazione di tono il suono dei tre diapason bassi *Do-64*, *do-128*, *do' 256 v-v* applicati sul polpaccio non può essere un simulatore di sordità bilaterale perchè questi suoni nei sani non sono uditi. Al contrario non si è autorizzati a l'ammettere la simulazione quando l'esaminato neghi di sentire il suono dei tre diapason applicati sulle sura. Siccome il suono del diapason alla rotula è sentito sempre nei sani e nella gran maggioranza dei casi nei sordi, ci indurrà in sospetto chi neghi ogni percezione del diapason alla rotula.

In altri termini, la prova di Egger non è che una modalità della prova di Schwabach.

La durata di percezione del diapason può essere misurata esattamente col metodo ottico, che esporrò dettagliatamente in appresso.

*
* *

Ben più difficile è la constatazione del grado di sordità.

I metodi classici per stabilire il grado di sordità di un supposto simulatore son quelli di Burckhardt-Mérian, di Warnecke, di Bezold.

Il primo, ordinato al paziente di ripetere ogni sua parola, comincia a parlare a voce forte ed abbassa man mano la voce fino al minimo percepito dal soggetto. È il metodo più attendibile (Passow), ed anche a me è spesso riuscito: il soggetto distratto dall'attenzione che deve prestare all'interlocutore spesso dimentica il suo ufficio e si smaschera da sè stesso.

Non così posso dire del metodo di Warnecke. Il paziente sta seduto cogli occhi bendati: lungo l'asse uditivo dell'orecchio in esame stanno due esaminatori, l'uno vicino, l'altro più lontano ed apparentemente estraneo all'esame. L'esaminatore più vicino parla per il primo a voce afona, poi seguita a parlare possibilmente colla stessa intensità quello più lontano nel mentre che, per favorire l'illusione, l'esaminatore più vicino soffia contro il padiglione dell'orecchio. È un metodo che servirà a sorprendere i più ingenui, non i furbi che s'accingono a simulare od a esagerare la sordità.

Bezold racconta d'esser riuscito qualche volta a cogliere in fallo i simulatori in questo modo. Nel mentre egli pronunciava le parole, un suo assistente che chiudeva o fingeva di chiudere l'orecchio fuori esame scrutava i movimenti delle labbra del paziente. Questi pronunciava solo la prima sillaba della parola, ed eseguiva colle labbra i movimenti corrispondenti alle altre sillabe senza farle.

In tale caso, dice Bezold, è inutile ogni altro esame, essendo già sufficientemente basata la prova della simulazione. Non mi pronuncio sul valore di questo metodo non avendo avuto agio di sperimentarlo.

Indizi del grado dell'acuità uditiva possono inoltre esser tratti:

a *Dall'esame funzionale qualitativo colla parola.*

Emerge dai miei studi e da quelli precedenti di O. Wolf, Schwabach, Bezold, Kessel come i diversi fonemi

che costituiscono la parola posseggono, per rispetto all'orecchio umano, tanto sano che ammalato, un grado diverso di percepibilità, e come la formola normale di percepibilità delle varie consonanti munite di tono proprio possa essere invertita od alterata nelle varie malattie auricolari. Ora in tesi generale, quando col l'esame funzionale si sia esclusa la presenza di un'otite interna tipica, esattamente constatabile con un esatto esame funzionale ed obbiettivo, il soggetto che ripeta ad una data distanza i numeri sussurrati o parluti *centi novanta* e neghi di sentire i numeri *sessanta cinquanta* pronunciati colla stessa varietà ed intensità di voce, deve ritenersi un simulatore. A questo scopo servono molto bene certi numeri che racchiudono sillabe di grande intensità sonora e sillabe percepibili a molto minori distanze: ad es. sessantadue, ventisei, novantacinque. Fatta eccezione per casi di otite interna su mentovata, chi ripete solo il due del sessantadue, il venti del ventisei, il novanta del novantacinque possiede un'acuità uditiva ben superiore a quella allegata.

Sarà pure molto sospetto chi asserisca di udire ad una determinata distanza le parole del vocabolario comune e non i numeri che, come si sa, son sentiti a distanza maggiore delle altre parole in tutte le forme di otopatie.

b) *Dalla comparazione dei risultati ottenuti collo stesso acunetro in parecchi esami successivi.*

Per questi esami è necessario adoperare una sorgente sonora d'intensità costante, epperò non si presta affatto la parola umana siccome quella che, anche indipendentemente dal diverso valore acustico dei suoi fonemi costitutivi, ha intensità variabile a seconda della forza d'emissione della voce.

Si potrebbe ricorrere al fonografo Edison, perfezionato coll'aggiunta del microfono, ma esso non riproduce

la voce afona, per cui può servire solo per i molto sordi (Gellé).

L'orologio e l'acumetro di Politzer danno distanze uditive diverse a seconda che la loro udibilità è saggiata procedendo dal padiglione ed allontanandosi man mano o viceversa; la prima è normalmente maggiore della seconda, talora di una considerevole cifra.

Però i metodi di ricerca delle distanze alle quali son sentiti dati suoni d'intensità costante hanno l'inconveniente che anche ad occhi bendati il soggetto può accorgersi dell'avvicinamento o dell'allontanamento della sorgente sonora o dell'osservatore dal fruscio dei vestiti, dallo stropiccio dei piedi, dalla trepidazione del terreno sul quale marcia l'esaminatore. Mende, alle quali non sono soggette quelle sorgenti sonore, che come gli acumetri telefonici, possono essere graduati nella loro intensità, o come i diapason hanno un decremento di vibrazione in qualche modo misurabile.

Gli acumetri telefonici od elettrici più perfezionati, come quelli di Cozzolino e Gradenigo, danno un suono d'intensità relativamente costante, e questa si può graduare su una scala regolando opportunamente la forza elettromotrice e l'allontanamento dei rocchetti: inoltre servono molto bene per la pratica medico-legale perchè il suo funzionamento è in genere poco conosciuto, ma hanno il torto di essere troppo cari.

Esami comparativi esatti coi diapason fino a poco tempo fa non erano possibili, non conoscendosi il modo di imprimere alle loro branche un urto di costante intensità. Il martello di Eitelberg che batte su una delle branche, il cilindro metallico scorrente a striscio tra le due branche, il filo che tende le branche e ad un tratto le rilascia (Corrado) non riescono ad imprimere quella costanza d'intensità che s'attendevano i loro autori.

Spetta al Gradenigo il merito di aver trovato almeno

per i diapason di tonalità grave un mezzo ottico, che determina quasi matematicamente dati punti di vibrazione del diapason; negli esami comparativi basta tener conto dei secondi in più o in meno, durante i quali vien percepito il diapason dall'esammando. Se sul zinco del diapason di bassa tonalità (fino al *do*¹ — 256 v. s.) si applica in nero su fondo bianco, colla base verso il piede del diapason, una figura triangolare divisa in tanti segmenti per mezzo di linee trasversali, nel massimo di vibrazione il triangolo si sdoppia e nel suo decremento successivo i lati interni dei due triangoli si fondono man mano progredendo dalla base verso l'apice. Il punto di vibrazione in cui questa linea di fusione tocca una delle linee trasversali è costante, vale a dire è costante il numero dei secondi durante i quali è ancora percepito il suono del diapason dopochè la linea di fusione ha raggiunto quella data linea trasversale. Ora anche per gli orecchi più musicali è impossibile cogliere esattamente il punto che rappresenta una data intensità di suono.

Questi esami coi diapason devono però esser praticati con certe norme senza le quali potrebbero dar luogo ad erronei apprezzamenti.

Anzitutto non sono paragonabili i risultati di esami eseguiti in due giorni successivi.

Poltzer ha dimostrato esistere, specialmente nelle malattie dell'orecchio medio, una percezione intermittente, specialmente per l'orologio.

Come pure è consigliabile far susseguire gli esami non immediatamente uno dopo l'altro, ma interponendo un lasso di tempo di 3'-5' ciò allo scopo di evitare la stanchezza uditiva. Questa in certi casi può raggiungere cifre elevate e costituisce allora un sintomo di malattia dell'apparecchio di percezione dei suoni (fenomeno di Eitelberg).

Il capo del paziente deve essere tenuto eretto, poichè varia l'acutezza uditiva colla flessione del capo (Urbanetschitsch).

Le differenze di 2-3' devono essere messe a carico della difficoltà di precisare la soglia di percezione del suono del diapason.

c. Dalla comparazione dei risultati ottenuti coi diversi acumetri.

Su questo campo io feci delle ricerche comparative tra l'udito per la voce afona, per la voce di conversazione, per l'orologio, per l'acumetro di Politzer, per i diversi diapason dal *do* al *do* 5.

Il rapporto tra distanza uditiva per la voce afona e distanza uditiva per la voce di conversazione subisce delle variazioni notevolissime a seconda della forma nosologica che si ha in esame. L'esame dev'essere fatto all'aperto, non potendosi mettere a confronto l'intensità della voce afona con quella della voce di conversazione in spazio chiuso, ove la riflessione delle pareti accresce l'intensità sonora iniziale in proporzione ben maggiore per la voce di conversazione che per la voce bisbigliata.

Ora dalle mie ricerche posso desumere che nelle malattie conclamate dell'orecchio medio la distanza uditiva per la voce afona accentuata equivale all'incirca alla distanza uditiva per la voce di conversazione all'aria residua e l'alla metà circa di quella per la voce ordinaria.

Questo rapporto si riscontra spiccatissimo negli operai alla Stucke od anche nelle estrazioni di martello ed incudine per la via del condotto. Al contrario nelle emorragie labirintiche, nelle sordità da detonazione o da causa professionale e nei vecchi si ha in generale una distanza uditiva per la voce di conversazione quintupla almeno di quella per la voce afona.

Questa relazione si riscontrò costantemente nei casi tipici, mentre in quelle forme che per la contraddittorietà dei risultati all'esame funzionale furono chiamate da Bezold *disacusie* si possono aver modalità e gradazioni diverse.

Che il grado del potere uditivo per l'orologio non corrispondesse al grado d'udito per la parola era già messo in solo da Centi, Schwartze, Lucac, Eitelberg, ecc. Gradenigo riprese lo studio di quest'argomento nel 1895 e venne alle seguenti conclusioni:

a) voce afona ed orologio forte (distanza uditiva normale 3 m. percepiti a distanza quasi uguale. Tipo raro che si riscontra nelle affezioni leggere limitate all'apparecchio di trasmissione del suono;

b) distanza per la voce superiore in misura variabile (persino 3 volte) alla distanza per l'orologio. È la forma più frequente a riscontrarsi nelle malattie dell'apparecchio di trasmissione del suono;

c) distanza per la voce assai superiore a quella per l'orologio, persino, nei casi estremi di 50 e più volte. Affezione purulenta dell'orecchio medio in persona giovane;

d) distanza per l'orologio superiore persino del doppio a quella per la voce afona.

Tipo raro trovato da Gradenigo nell'ipoestesia acustica di natura isterica e ritenuta la lui quale carattere patognomico.

L'acumetro di Politzer terrebbe un contegno analogo a quello dell'orologio.

I risultati delle mie ricerche concordano con quelli del Gradenigo, solo aggiungo che le ipoestisie dell'acustico da detonazione o da causa professionale si comportano per lo più come le affezioni purulente dell'orecchio medio in persona giovane, vale a dire presentano una distanza uditiva per la voce assai superiore a quella per l'orologio.

Il massimo interesse di questi studi comparativi doveva essere attratto dal modo di comportarsi dell'orecchio di fronte alla serie continua dei toni in confronto colla parola.

Fin dal 1863 Conta vantava come uno dei pregi principali del suo acumetro diapason *Do-64* v. s., la corrispondenza tra il grado di potere uditivo per il diapason ed il grado d'intelligenza della parola. Magnus contraddisse l'asserzione di Conta e riferì il caso di una musicista sorda ereditaria che a destra udiva abbastanza bene i suoni musicali e non la parola ed sinistra solo la voce di conversazione e non i toni musicali.

Perfezionato il metodo acumetrico di Conta-Magnus colla serie dei diapason di Kessel, poi coi campi uditivi di Hartmann, Zwaardemacher e Gradenigo ed infine colla serie continua dei toni di Bezold, essendo stato valutato per gli studi di Helmholtz, Donders, O. Wolf e Bezold il valore acustico dei fonemi costitutivi della parola, parrebbe *a priori* dover esistere corrispondenza perfetta fra acuità uditiva per le singole lettere ed acuità uditiva per i diapason di altezza tonale vicina a quelle delle lettere. Ciò che si verifica invece solo molto grossolanamente. Le mie indagini fatte colla serie dei sette *do* cioè col metodo Gradenigo mi portarono alle conclusioni seguenti:

1° Si hanno talora campi uditivi normali in individui che presentano un udito per la voce afona al di sotto dei 5 m. per certi fonemi. Da questa legge parrebbe essere legittima la deduzione che l'acumetro-voce afona è strumento più delicato dell'acumetro-diapason, se non si riscontrasse talora il fatto inverso cioè

2° Si ha talora una leggera diminuzione per qualche *do* quando la voce afona è ancora sentita al di là di 7 metri tanto nei suoi fonemi sibilanti che nei gut-

turali, esplosivi, dentali, ecc. Eguale fatto furono descritti da Werhovsky nella clinica di Bezold. Anzi Wagner in un operato radicalmente dai due orecchi avrebbe riscontrato da un lato un udito per la parola da 8-1 metro, dall'altra da 0,50-0,10 quantunque la durata di percezione dei diapason fosse quasi uguale;

3° Bezold dice:

In qualunque forte diminuzione d'udito per la parola manca completamente un tratto più o meno lungo del limite inferiore della scala tonale. Questa legge sarebbe avvalorata dalle ricerche di Bezold e Schwendt sui sordomuti, secondo le quali si riscontrarono tracce d'udito per le parole nei sordomuti che presentavano isole di percezione nel tratto di scala tra il *si* ed il *sol*.

La legge di Bezold così formulata non è esatta. Anzitutto non è applicabile alle forme acute, ove la soglia inferiore della percezione dei diapason può essere innalzata di molto pur conservandosi un buon udito per la voce afona. In secondo luogo si danno certe forme di otiti interne come quelle da detonazione e da causa professionale, ove è affatto normale l'udito dei diapason fino alla terza ottava, eppure si ha una considerevole sordità non solo per le sibilanti, ma anche per le gutturali, dentali e linguali.

Ha quindi un valore molto relativo per l'intelligenza della parola la buona percezione del *do*, che starebbe nel mezzo del tratto di scala indicato da Bezold come il più necessario per il buon udito della parola umana e la buona percezione pel *do* che Hartmann raccomanda nell'ultima edizione del suo trattato.

4° L'asserzione di Moos che per l'intelligenza della parola siano più necessari i toni alti che i bassi, a rigore non è completamente esatta, perchè possono coincidere con una forte diminuzione d'udito per la parola tanto la cattiva percezione dei toni bassi del diapason

che la diminuzione d'udito per i toni acuti, restando rispettivamente normale l'udito per i toni acuti o per i gravi.

5° La buona o cattiva percezione dei toni del diapason c'indica esattamente l'alterazione qualitativa della funzione acustica, ma per il disturbo quantitativo non ci permette di inferire altro che una forte diminuzione d'udito per la parola s'accompagna sempre ad una forte diminuzione almeno della metà nel rapporto normale nella durata di percezione dei diapason tanto del limite inferiore della scala tonale che della 4^a e 5^a ottava.

Questa è l'unica legge che possiamo nell'esame medico-legale della sordità trarre dai campi uditivi esaminati in confronto coll'udito per la parola.

Corradi aveva tentato di studiare in rapporto alla percezione della parola non la durata di percezione, ma la distanza uditiva per i vari diapason, ed Entelbeg, in base a non so quali indagini, ha già affermato che la distanza uditiva per i toni del diapason sta in generale in rapporto colla percezione dell'orologio e della voce afora. Qui entrano in campo delle gravi difficoltà, la principale delle quali deriva dalla straordinariamente diversa intensità di suono fornita dai diapason a tono grave rispetto agli acuti.

Quando il difetto uditivo sia di grado diverso nei due orecchi, noi avremo ancora mezzi più convincenti per scoprire la simulazione negli artifizii preconizzati ed usati da Moos-Chinnant, Lucas-Teuber, Cammon-Coggen, Tschudi, Caler, Urbantschitsch-Preusse, Gellé, Knapp, Voltolini, Boeh, Lauterbach e Lucas.

*
* *

Nelle pagine precedenti non sono ad arte entrato a discorrere delle varie forme di otiti e dei sintomi funzionali relativi, per non toccare l'intricatissimo problema della diagnosi differenziale tra le malattie del-

l'orecchio medio e malattie dell'orecchio interno, tema che mi avrebbe portato troppo lungi dallo scopo che mi sono prefisso.

Ma non posso esimermi dal parlare d'una forma di sordità, la quale, perchè dipendente da una neurosi battezzata da Charcot come « la grande simulatrice », simula spesso la simulazione della sordità.

E difatti, secondo il Gradenigo che ne ha fatto oggetto di una classica monografia, la sordità isterica può presentare delle grandissime variazioni d'udito da un momento all'altro, talchè i risultati di due esami successivi praticati colla stessa sorgente sonora sono molto disparati. Essa può comparire in conseguenza di traumi insignificanti sia immediatamente dopo, sia dopo un periodo d'incubazione psichica di uno o più giorni.

Presentando generalmente il grado sintomatico delle malattie dell'apparecchio di percezione del suono, non si accompagna quasi mai a rumori soggettivi nè a vertigini, sintomi costanti nelle malattie dell'orecchio interno e del nervo acustico.

Il giudizio medico-legale in caso di isterismo auricolare non è certo dei più facili ed è ora di esclusiva competenza otologica, ora di dominio della neuropatologia e dell'otologia insieme. La sordità isterica è talora manifestazione monosintomatica della neurosi isterica ed allora solo l'otologo potrà diagnosticarla in base ai sintomi differenziali suoi propri che sono: rara la abolizione completa dell'udito, per lo più diminuzione di percezione uniforme per tutti i diapason della scala tonale; percezione osteo-timpanica del diapason talora abolita, sempre diminuita; l'orologio a battito forte meglio percepito della voce afona salvo coesista lesione organica dell'apparecchio di trasmissione; ipo-eccitabilità alla corrente galvanica anche nelle forme sviluppatasi acutamente; scomparsa della disacusia dietro un trattamento curativo indifferente lavatura

del condotto, poltizerizzazione, trauma psichico, applicazione galvanica.

Notisi tuttavia che la sordità isterica nella gran maggioranza dei casi coincide con una banale malattia dell'orecchio medio o pregressa od in atto, della quale l'esame obbiettivo fa rilevare i sintomi ed i reliquati, il che renderà molto difficile lo sciverare quel tanto che è dovuto alla neurosi da quello che è conseguenza di alterazioni anatomopatologiche obbiettivamente rilevabili.

Come in ogni altra manifestazione neuropatologica, sarà anche nell'isterismo auricolare di sommo interesse l'anamnesi, e specialmente la ricerca della tara neuropatica, sia ereditaria che acquisita (alcolismo, sifilide). La presenza di altre stigmati isteriche come iperestesia, anestesia, algie, restringimento concentrico del campo visivo, aeromatopsia, ambliopia, assenza dei riflessi specialmente faringei e congiuntivali affermeranno con certezza la diagnosi di isterismo auricolare.



In conclusione il giudicare se una sordità sia reale o simulata è sempre problema difficile e delicato, perchè richiede nel perito una conoscenza esatta della patologia e della semeiotica auricolare, una gran prudenza nel trarre i risultati dell'esame funzionale ed obbiettivo le conseguenze sullo stato acustico di un dato orecchio.

Ostmann rimprovera i medici militari di essere in genere e troppo corrivi ad ammettere la simulazione nei soldati, e sentenzia che « un medico è tanto più ignorante quanto maggior numero di simulatori trova. » Sentenza, a parer mio, molto avventata, e certo non applicabile al corpo sanitario, al quale ho l'onore di appartenere.

BIBLIOGRAFIA

GRADENIGO G. — *Sulle manifestazioni auricolari dell'isterismo* Torino, 1895.

Id. — *Ueber ein neues Arameter (Modell)* Archiv. für Ohrenheilkunde Bd. XXX.

Id. — *Die Erkrankungen des Nervus Acusticus* (Ib. Bd. XXVII).

Id. — *Ueber die elektrische Reaction des Nervus Acusticus und ihre graphische Darstellung* (Archiv. für Ohr Bd. XXVIII).

Id. — *Ueber das Verhältniss zwischen den einseitigen Wahrnehmung des Diapason Vertes, den funktionellen Zuständen und den elektrischen Erregbarkeit des Acusticus* (Ibid. XXVII).

Id. — *La reazione elettrica del nervo acustico. Rivista Veneta di Scienze mediche*, 1894).

Id. — *Sui caratteri clinici presentati da le lesioni del nervo acustico. Gazzetta degli Ospedali*, 13 ottobre 1892).

Id. — *Sur l'importance pratique de l'examen électrique du nerf acoustique dans le diagnostic des affections auriculaires. Annales de maladies de l'oreille*, mars 1899).

Id. — *Rapporto tra le distanze uditive per l'orologio e per la voce afona qual criterio diagnostico nelle malattie dell'orecchio. Giorn. della R. Acc. di Medicina di Torino*. Vol. XLII.

Id. — *Un nuovo metodo ottico di arammetria. Archivio Italiano d'otologia* Vol. IX, fasc. I).

BRENNER. — *Untersuchungen und Beobachtungen auf dem Gebiete der Electrotherapie*. Bd 1, 1864.

BURCHARDT-MERIAN — *Vergleichende Ergebnisse verschiedenartiger Hörprüfungen* Archiv für Ohrenheilkunde Bd. XXII.

BURNER — *Casualistisches über intermittirende Schallperception vom Knochen*. (Ibid. XIV).

BONNIER. — *Le paracusie sur une forme particulière du signe de Weber*. (Archives internat. d'otologie. Vol. XI).

Id. — *Les épreuves de l'ouïe* Société française d'Otologie. mars 1899).

BEZOLD. — *Schuluntersuchungen über das kindliche Gehörorgan*, Wiesbaden, 1885.

Id. — *Eine continuirliche Tonreihe als Hörprüfungsmittel* (München. med. Wochenschrift, 1892, n. 38).

Id. — *Einige weitere Mittheilungen über die continuirliche Tonreihe, insbesondere über die physiologische obere und untere Torgrenze* (Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd XXIII).

Id. — *Ueber den gegenwärtigen Stand der Hörprüfung* (ib. XXIX, 1896).

Id. — *Das Hörvermögen der Taubstummen* Wiesbaden, 1896.

Id. — *Die Stellung der Consonanten in der Tonreihe* (ib. XXX).

BEZOLD UND ECKELMANN. — *Ein apparat zum Aufschreiben der Stimmgabelschwingungen und Bestimmung der Hörschärfe nach richtigen Proportionen mit hülfе Desselben* (ibid. XXXIII, 1898).

CERRUTI. — *La sordità*. Torino, 1864.

Id. — *Brevi norme per gli esami degli inscritti affetti da sordità* Torino, 1867.

CONTA. — *Ein neues Hörmesser* Archiv. für Ohrenheilkunde Bd I.

EISENBERG. — *Vergleichende Gehörprüfungen an 100 Individuen mittelst Stimmgabeln, Uhr und Flustersprache* Zeitschrift für Ohrenheilkunde. Bd. XVI).

ERB. — *Die galvanische Reaction des Nervösen Apparats im gesunden und kranken Zustande* Archiv für Augen und Ohrenheilkunde Bd. I.

EGGER. — *De la perception des ondes sonores par les nerfs de la sensibilité générale*. (Archiv internat. d'otol. rhin., 1898).

HARTMANN. — *Die graphische Darstellung der Resultate der Hörprüfung mit Stimmgabeln* (Deutsche med. Wochenschrift, 1885, n. 15).

Id. — *Typen der verschiedenen Formen von Schwerhörigkeit graphisch dargestellt*. Berlin, 1886.

HAGEN. — *Electrographischen Studien*. (Wiener med. Wochenschrift, 1866).

Id. — *Praktische Beiträge zur Ohrenheilkunde*. Leipzig, 1869.

HUMMEL. — *Ueber die Functionsprüfung des Ohres durch den ärztlichen Praktiker*. Deutsche militärärztliche Zeitschrift, 1888.

HAROS. — *Bericht über 1656 nach der Hertmann'schen Stimmgabelsonnemethode untersuchte Fälle*. Zeitschrift für Ohrenheilkunde Bd XXXI).

LICHTWITZ. — *Emploi du nouveau phonographe d'Edison comme audiometre universel* (Annales des maladies de l'oreille, 1889).

- KICSTELBACH. — Ueber die Verwerthbarkeit des Hörprüfungs-
methoden bei der Urtheilung in Folge von *Umfa* en. *Münchener*
med. Woch., 1886, n. 13).
- GELÉ. — *L'audition et l'intensité du son* (*Revue scientifique*, 7
janvier, 1899).
- MOOS. — Zur diagnose der absoluten Acusticuslahmung. *Archiv für*
Augen- und Ohrenheilkunde. Bd. II).
- MOOS. — Pathologische Beobachtungen über die physiologische Be-
deutung des höheren musikalischen Tönen. *Ib.* Bd. III.
- MALLER. — Zur Diagnose der traumatischen Affektionen des in-
neren Ohres. (*Deutsche med. Wochenschrift*, 4 agosto 1898).
- MOORE. — *Examen fonctionnel de l'oreille*. (*Journ. de médecine de*
Bordeaux, 1897, n. 11 e 19).
- MARTINI. — La trasmissione dei suoni per la via della sensibilità
generale. (*Archivio Italiano d'otologia*. Vol. IX fasc. 1°).
- OSTINO. — Un nuovo metodo per svelare la sensazione della sor-
dità bilaterale. (*Ib.* *ib.*).
- POLITZER. — Ueber einen einheitlichen Hörmesser. *Archiv für Oh-*
renheil., Bd. XIII.
- RICHTER. — Vergleichende Hörprüfungen an Individuen verschie-
denen Altersklassen. (*Ib.* XXXV).
- SCHWARTZ. — Ueber die sogenannte Electro-otatrik Brunner's.
(*Ib.* Bd. I).
- SCHWENDT. — Untersuchungen von Taubstummen. *Bise.* 1889
- O VOLF. — Versuche mit dem Edison's Phonographie *Zeitschrift*
für Ohrenheil., Bd VI.1).
- ZWAARDMAKER. — Sprachgehor und generelles Tongehör und die
Messung des letzteren durch das Gradenigo'schen Hörfeld.
Ib. XXV).
- HEIMAN. — Ueber künstlich erzeugten. Ohrenkrankheiten und si-
mulierte Taubheit *Medicina*, 1893, n. 49-52.
- VITOLINI. — Ueber simulation von Schwerhörigkeit. *Monatschrift*
für Ohrenheil., 1882).
- COZZOLINO. — *L'orecchio e la medicina militare*. Morgagni, aprile
1887).
- TRUBER und ZWIRKI. — Ueber den Einfluss von Ohrenleiden auf
die Militärdiensttauglichkeit. *Deutsch militärärztliche Zeitsch.*,
Heft. XI.
- BIEHL. — Die Beurtheilung ein- und beiderseitige Taubheit (*Archiv*
für Ohrenheil., XI. III).
- WANECKE. — Ein Hörprüfungsmethode zur Erkennung der simu-
lation. (*Ib.* XLV).

- GELIE. — *L'armée territoriale. L'exemption pour cause de surdité*
 Paris, 1880.
- ARDENNE. — *Recherches sur la surdité simulée. Revue hebdomad. de laryngol., otol., 15 avril, 1899*
- PASSOW. — *Ueber den Nachweis der Simulation von Hörstörungen bei Militärpflichtigen* (8° Congresso dei naturalisti e medic. tedeschi, 1896).
- LUZZATI. — *Alcune note di otologia in rapporto colla pratica leon e militare. (Giorn. med. del R. Esercito, 1897)*
- AUDERT. — *Surdité simulée. Thèse de Bordeaux, 1899.*
- DERKLICH. — *Ueber die Simulation von Ohrenleiden. Militärarzt, 1889, n. 5 e 7.*
- VON STEIN. — *Ueber Gleichgewichtstörungen bei Ohrenleiden. Zeitschrift für Ohrenheilk., XXVII.*
- ID. ID. — *Die Centrifuge bei Ohren e den. Moskau, 1897*
- LUZZATI. — *Contributo allo studio del senso statico nei soggetti sani ed in quelli affetti da malattia d'orecchio. Archivio italiano d'otol., 1894.*
- M. EUGER. — *Contribution a la physiologie et a la physiologie pathologique du labyrinthe de l'homme. Archiv de Physiologie V. série, tome X.*

ISTITUTO D'ANATOMIA PATOLOGICA DELLA R. UNIVERSITÀ DI TORINO.
DIRETTO DAL PROF. FOÀ

SULLE STENOSI IPERTROFICHE TUBERCOLARI DELL'INTESTINO

Lettura fatta nell'adunanza scientifica all'ospedale militare di Torino
il 17 maggio 1899 dal dott. **Domenico Monzo**, tenente medico

Le stenosi dell'intestino, quando se ne escludono quelle prodotte da cause meccaniche, come sarebbero le compressioni dall'esterno, le ostruzioni da briglie cicatriziali od attorcigliamenti, sono sempre in rapporto ad un fatto ulcerativo di cui rappresentano come esito la cicatrice. Ma le ulcerazioni dell'intestino, non tenendo conto di quelle rare ed accidentali dovute alla azione corrosiva o caustica di sostanze chimiche, sono sempre determinate da una causa settica, la quale può esser di varia natura. Infatti molteplici sono i microorganismi che colla loro localizzazione possono determinare la necrosi della mucosa e quindi l'ulcerazione. In rapporto alla varia causa si può avere un diverso aspetto macroscopico della lesione, come si ha un vario andamento ed esiti diversi.

Non sempre però queste lesioni sono specificamente nei singoli casi uniformi; lo stesso agente micotico può determinare lesioni che sono tra di loro diversissime.

Questo fatto si può in modo speciale affermare per la tubercolosi, la quale, siccome presenta manifestazioni proteiformi negli altri visceri, le dà anche nell'intestino.

Anche per questo organo le alterazioni tubercolari sono sostenute dall'evoluzione stessa del tubercolo; questo, come è noto, ha la tendenza a subire al centro la degenerazione caseosa, alla periferia la metamorfosi fibrosa. A seconda che i due processi camminano di pari passo, oppure l'uno tende ad assumere un predominio sull'altro, la lesione si presenta diversamente costituita. Così avviene che il processo sclerosante può dominare tutta la scena, prendendo una predominanza da costituire per sè stesso tutta la lesione, ed allora la degenerazione caseosa resta nascosta, i tubercoli sono rari, un tessuto connettivo giovane o vecchio, ma sempre abbondante, invade le tonache e il lume intestinale, onde l'intestino si presenta a tratti ingrossato, inspessito, in certi punti retratto ed ipertrofico.

*
*
*

Per quanto la tubercolosi intestinale sia assai frequente e siano ben conosciute e le sue manifestazioni ed i suoi esiti, non credo inutile di illustrare un caso di tubercolosi intestinale con esito di stenosi ipertrofica, il quale, se clinicamente era oscuro, lo era anche al semplice esame anatomo-patologico quando questo non fosse stato sussidiato dall'esame istologico.

Ne riporterò brevemente la storia clinica e poi il reperto anatomo-patologico.

Lo studio microscopico venne fatto nell'istituto di anatomia patologica diretto dal prof. Foà. All'illustre patologo ed all'assistente dott. Cesaris-Demel i miei ringraziamenti.

Persichetti Giuseppe ricoverò all'ospedale militare di Torino il 9 gennaio 1899. È individuo di scadente nutrizione, pallido e gracile. L'anamnesi remota è muta. nell'anamnesi prossima si rievoca che soffrì da qualche tempo di diarrea. La malattia per cui venne ricoverato

all'ospedale due volte in quattro mesi, era incominciata con perdita di forze, dimagrimento progressivo e diarrea. Sofriva più volte al giorno di dolori colici e di un senso di tensione all'addome dopo i pasti. Alla sua ammissione l'esame obbiettivo diede i seguenti fatti: costituzione gracile, colorito pallido della cute e mucose, nutrizione scadente. L'esame del torace è negativo; l'addome alquanto teso; alla regione ileo-cecale si percepisce un tumore mobile, irregolare della grossezza di un pugno. Non è aderente alle pareti e lievemente mobile e dolente alla pressione. Fegato e milza in limiti normali; appetito buono, mai febbre. Nei primi giorni della degenza comparve un dolore alla regione crurale destra. Ebbe accessi di coliche, durante le quali si facevano meteoriche le anse del tenue con rumore di borborigmi. Ad un tratto comparvero i fenomeni di peritonite a decorso rapido, e la morte avvenne il 13 gennaio 1899.

All'autopsia, praticata 24 ore dopo, si ebbe il seguente reperto:

Rigidità cadaverica scomparsa; macchie di putrefazione incipiente all'addome, ipostasi alle parti declivi; aspetto di profondo marasma.

Meningi normali per tensione e trasparenza, seno longitudinale vuoto, sostanza cerebrale più pallida del normale; scarso liquido nei ventricoli laterali. Area cardiaca aumentata di volume, nel pericardio poco liquido sieroso citrino, sull'epicardio una placca tendinea e macchie puntiformi emorragiche sotto-epicardiche; miocardio flaccido scolorito; nei ventricoli poco sangue con coaguli preagonici, specie nel cuor destro. Liscio e trasparente l'endocardio, integre le valvole ed orifici, papillari senza strie di degenerazione grassa. Polmoni liberi da aderenze, uniformemente aerati; apici espansi, integri, senza cicatrici da pregresse ulcerazioni, ca-

tarro abbondante nei grossi bronchi. Gangli peribronchiali con poca antracosi. Diaframma spinto in alto da una raccolta liquida nel peritoneo. Aperto l'addome vien fuori copioso liquido purulento con fiocchi fibrinosi sospesi; il peritoneo opacato, le anse intestinali meteoriche aderenti fra di loro. Ghiandole mesenteriche ingrossate, dure, fibrose, senza apparente degenerazione centrale.

Il cieco si presenta fisso più della norma nella fossa iliaca destra, tenutovi aderente da lacinie dense di connettivo, le quali inglobano e nascondono l'appendice vermiforme. Queste aderenze non si possono vincere colla semplice trazione, ma bisogna inciderle, ed allora si può liberare il grosso intestino fino alla sigma iliaca.

Il colon esaminato dall'esterno si presenta più ampio e dilatato circa tre volte il normale, ma la dilatazione non è omogenea perchè è interrotta da strozzamenti anulari che si susseguono in numero di quattro. Si ha così sull'intestino grossolanamente l'aspetto di una corona di rosario data dal succedersi di zone ectasiche e di stringimenti cicatriziali.

Aperto il cieco ed il colon con un'incisione longitudinale lungo l'inserzione sierosa, si trova che le loro pareti sono molto inspessite, dure, coriacee, di aspetto cicatriziale in corrispondenza dei cingoli rientranti, meno inspessite, ma pur sempre più grosse del normale nei tratti interposti alle cicatrici. Al cieco il connettivo cicatriziale non è disposto esattamente a cingoli, ma forma una massa compatta di tessuto sclerotico protrudente a garofoccoli nella cavità, onde il lume ne viene notevolmente ridotto. Tali neoformazioni invadono pure l'orifizio ileo-cecale per modo che attraverso di esso si può appena far passare un dito. In corrispondenza dei cingoli rientranti cicatriziali non appare

traccia di ulcerazione, ma il connettivo ne formato si continua, degradando, colla mucosa. Questa, nei tratti che corrispondono alle zone ectasiche appare sollevata a pieghe imbricate, irregolari (pseudovalvole conni-venti) sul tessuto infiltrato della sotto-mucosa. Anche il tenue, specialmente nel tratto che corrisponde all'ileo, presenta cingoli cicatriziali e zone ectasiche con ipertrofia delle tonache e catarro intenso della mucosa. Nello stomaco un catarro cronico con emorragie puntiformi sottomucose.

Nulla di rilevante ai reni. Fegato e milza di volume e consistenza normale con ispessimenti parziali tanto del periepate, che del perisplenio. Nulla alla vescica ed ai genitali.

∴

Da quanto siamo venuti esponendo, vediamo come l'aspetto macroscopico delle lesioni riscontrate potesse imporsi come una comune enterocolite ulcerosa produttiva; si poteva immaginare che ad una prima ulcerazione con stenosi cicatriziale consecutiva, fosse seguita un'ectasia della parte sovrastante dell'intestino con successiva ulcerazione da stasi fecale; quindi nuova cicatrice e nuova ectasia per un lungo tratto d'intestino. L'esame istologico da noi praticato ha messo in rilievo dei fatti che contraddicono a questa supposizione, ed ha dimostrato che la causa prima di questi fenomeni ulcerativi con le lesioni secondariamente istituitesi fosse la tubercolosi. Ma negli altri visceri e specialmente nei polmoni non rilevammo tracce di questa infezione; non adesioni sierose, non cicatrici, non caseosi ghiandolare. D'altra parte l'anamnesi prossima e remota era completamente muta a questo riguardo.



Esame istologico. Per l'esame microscopico ho prelevato piccoli pezzi del cieco in corrispondenza del massimo spessore delle pareti invase dalla neoformazione; del colon nei tratti stenosati ipertrofici e nei tratti ectasici interposti.

La fissazione si fece in alcool di concentrazione progressiva per la ricerca dei bacilli tubercolari, e parte in sublimato Muller (Foà), in sublimato Mayer, per una migliore fissazione del protoplasma cellulare. La colorazione si fece con ematossilina ed eosina, ed ematossilina-orange, per la ricerca dei bacilli tubercolari il metodo di Ziehl-Neelsen. Una più giusta valutazione del connettivo si ottenne colla colorazione di Von Gieson associata all'ematossilina e col processo di Mallory.

A piccolo ingrandimento (oc. 2, obb. 3 Koristka la sezione della neoformazione connettiva non rivela più alcun carattere della costituzione anatomica normale dell'intestino. È scomparsa la tunica mucosa, la quale in alcuni punti è ancora rappresentata da fondi di ghiandole del Lieberkühn fra un connettivo fibroso colorato in roseo dall'eosina ed una grande ricchezza di elementi cellulari. La sottomucosa, costituita allo stato normale da un tenue connettivo lasso e da scarse fibre di tessuto muscolare liscio, quivi ha subito una metamorfosi in connettivo fibroso denso dove si riscontrano ancora capillari pieni di sangue.

Ammassi di cellule embrionali infiltrano gli spazi connettivali e circondano i vasi in maniera da formare in qualche punto nodi perivascolari. Tale infiltrazione invade pure gli interstizi delle tonache muscolari sottostanti, onde le fibre di esse si presentano

dissociate, con un andamento irregolare, ondulato, in qualche punto discontinuo.

I follicoli linfatici hanno una struttura iperplastica, con una distribuzione non uniforme di linfociti: questi sono raccolti in gruppi irregolari, fortemente tingibili dall'eosina, e fra di essi altri elementi di grandezza maggiore riuniti pure ad ammassi circondanti delle cellule giganti.

Vi ha dunque la costituzione tipica del follicolo tubercolare di Koster: cellule giganti al centro di cellule epiteloidi fra un grande numero di leucociti e linfociti periferici. Negli spazi interfollicolari esiste un tessuto connettivo giovane, che incomincia a formarsi in tessuto di sclerosi. In ogni parte una diffusione di elementi embrionali, raggruppati qua e là in forma di noduli a struttura tubercolare: però in nessuno di essi si presenta una degenerazione decisa.

A più forte ingrandimento (oc. 2, obb. 8 Koristka), in corrispondenza della superficie mucosa, i fondi ciechi delle ghiandole del Lieberkuhn residui manifestano nell'epitelio importanti alterazioni. Sul loro fondo dilatato le cellule epiteliali di rivestimento si presentano desquamate, a nucleo non più colorabile, e fra queste dei fagociti stanno a dimostrare il processo infiammatorio in atto.

La sottomucosa manifesta più evidente la neoformazione connettiva: ha uno spessore quattro o cinque volte maggiore del normale, tutta invasa da un tessuto denso di sclerosi. Sono fibre connettive a disposizione reticolare che si sono sovrapposte al tessuto areolare lasso ed hanno invasi i fasci della *muscularis mucosae*. Sui loro punti nodali stanno delle cellule fusiformi fortemente tingibili e negli interstizi una grande ricchezza di elementi a nucleo polimorfo di natura endoteliale e connettiva. In alcuni punti avviene una agglomerazione

di questi elementi che circondano delle cellule giganti: di queste alcune hanno un contorno continuo di cellule epitelioidi, altre manifestano uno stato di formazione in atto, cioè attorno alla zona di necrosi avviene una discontinuità di cellule epitelioidi.

La ricerca dei bacilli tubercolari nei tessuti ad evoluzione cronica della malattia presenta non poche difficoltà; intanto cogli ordinari processi di ricerca (Ziehl, Neelsen, Koch-Ehrlich, Gabbet, ecc.) difficilmente si possono mettere in evidenza perchè hanno perduta in parte la proprietà di fissare la colorazione. Trattando le nostre sezioni colla fucsina di Ziehl e colla decolorazione successiva in una soluzione idroalcolica di acido lattico al 2 p. 100, si possono rilevare a forte ingrandimento (imm. om. ' „Koristka) delle forme bacillari involute; alcuni bacilli cioè presentano la parte centrale decolorata, altri le due estremità come se fossero costituiti da un canale piccolissimo contenente delle endospore. Anche le fibre elastiche abbondanti nell'intestino normale hanno quivi subito una fase regressiva: colla colorazione di Unna-Taenzer si possono mettere in evidenza delle fibrille rosse a frammenti mai ramificati e soventi a volute irregolari sparse fra gli elementi cellulari e le fibre connettive; esse, che sono elementi resistentissimi, hanno subito evidentemente una involuzione verso il tessuto dell'istomatrice, disgregandosi dapprima nella loro continuità con trasformazione successiva nella sostanza fondamentale del connettivo comune.

I vasi hanno subito concentricamente una riduzione del loro lume per sollevamenti ineguali dell'intima colpita da evidente proliferazione: trattasi cioè di un processo di endoarterite: alcuni però sono già occlusi completamente, e formano dei veri cordoni connettivi (endoarterite obliterante).

Lo studio di frammenti d'intestino prelevati in corrispondenza dei punti stenosati dell'ileo ci manifesta delle particolarità di sviluppo della malattia in parola degne di nota; intanto dall'esame dei preparati si può stabilire il fatto che il processo di sclerosi subentrò ad un altro processo distruttivo necrobiotico della mucosa e della sottomucosa, e la neoformazione sclerosante successiva in questi punti è meno organizzata perchè meno antica dell'identica neoformazione studiata nel cieco. Sulle sezioni di porzioni d'intestino adiacenti ai punti stenosati si possono osservare diversi stadi di sviluppo del processo tubercolare, dallo stabilirsi di una infiammazione cronica della mucosa con distruzione parziale dei villi, alla formazione di piccole granulazioni tubercolari, e sulla iniziata degenerazione la formazione di un tessuto fibroso.

Nei preparati corrispondenti ai tratti e taschi del crasso le tuniche presentano un forte ispessimento e specialmente le muscolari. La sierosa è pure ispessita con infiltrazione parvicellulare sottosierosa. La mucosa quivi è persistente e, per l'abbondante desquamazione epiteliale con leggiera infiltrazione, si presenta in stato di infiammazione catarrale cronica.

Anche nel tenue si hanno le stesse note di flogosi cronica e che noi non ripetiamo per brevità.

Riassumendo si può concludere che nei punti dell'intestino affetto da tubercolosi si ebbe una neoformazione fibrosa connettiva, che andò progressivamente invadendo ogni tubercolo; al tessuto propriamente tubercolare si sostituì un tessuto di neoformazione infiammatoria (2).

Come ha dimostrato Brault (3), esiste una certa affinità fra queste forme di infiammazione cronica tubercolare connettiva ed altri processi conosciuti sotto il nome di cirrosi ipertrofica. In ambedue i casi si tratta

di una reazione del tessuto connettivo verso microparassiti od elementi anatomici distrutti da sostanze tossiche.



Gli anatomo-patologi ed i clinici in questi ultimi tempi descrissero simili forme di tubercolosi localizzata dell'intestino. Alcune di queste sono semplici casi di reperti anatomici come ne descrissero Hotzmeister, Hartmann, Besançon, Lapointe ecc.

Sourdille (4) sotto il titolo di *Retrécissements tuberculeux du rectum*, raccolse una numerosa serie di osservazioni, colla quale volle stabilire il fatto che i restringimenti del retto da proliferazioni sclerosanti dei tessuti molli volte sono di origine tubercolare e facilmente vanno confusi con identici fatti di natura sifilitica.

Darier (5), in un accurato studio clinico sopra un caso di restringimenti multipli a diaframma dell'intestino da tubercolosi, considera l'evoluzione del tubercolo verso la sclerosi come un carattere proprio delle tubercolosi localizzate a virulenza attenuata, onde la poca tendenza delle lesioni a diffondersi e la reazione intensa del connettivo.

Harot (6) descrive alcune enteriti croniche dovute a processi tubercolari limitati a piccoli tratti dell'intestino ed a piccole zone di peritoneo. Tali localizzazioni si presentano dapprima come forme lipo-se superficiali della mucosa o della sierosa, in seguito come neoformazioni ipertrofiche, dure, retratte.

Alcune volte queste stenosi ipertrofiche dell'intestino possono macroscopicamente essere diagnosticate come infiltrazioni cancerose a grande stroma connettivale.

Nel dicembre 1898 Claude (7), alla *société biologie* riportò un caso simile: si trattava di un individuo ma-

rantico con evacuazioni dolorose, in cui venne diagnosticata un'infiltrazione cancerigena del crasso intestino. L'esame istologico dei preparati anatomici rilevò invece una tubercolosi ipertrofica.

Finalmente Monnier (8), in un contributo clinico ed anatomo-patologico di un caso simile al nostro, concludendo il suo lavoro, vorrebbe fosse posta accanto alla enterite tubercolare ulcerosa, l'enterite fibrosa della stessa natura, come accanto alla peritonite ulcerosa tubercolare vi ha la peritonite fibrosa.



Una sintomatologia per i neoplasmi dell'intestino in generale con gli esiti di restringimento o di stenosi non è ancora definitivamente stabilita per le neoformazioni connettive tubercolari i sintomi possono essere proteiformi. Sono malattie di lunga durata, con lenta progressione di disturbi, che alcune volte esordiscono con accessi colici, altre volte con crisi di diarrea; il quadro ultimo è il marasma. I reperti clinici della palpazione, per la estrema mobilità dell'organo, non sono sempre di rilevanza diagnostica assoluta, in generale tali neoformazioni connettive, nei primi tempi del loro organizzarsi, sfuggono facilmente alla mano che esamina per i cambiamenti loro di posizione affatto indipendenti dalla palpazione come dopo un movimento, un pasto ecc. Alcune volte è sintomatico un meteorismo cronico, altre volte la malattia può assumere manifestazioni di leggiera ascite, in ogni caso, come ha fatto rilevare lo Schede, la diagnosi può essere straordinariamente difficile.

Affezioni che per la loro sintomatologia e decorso hanno punti di rassomiglianza con questa sono la cancerosi del peritoneo e la peritonite cronica tubercolare.

Ambedue assumono un andamento insidioso e progressivo verso il marasma con alternanze di diarrea e dolori colici; l'addome è dolente e la mano può avvertire delle masse indurite, mobili sotto le pareti.

Accanto alla stenosi vera, neoplastica tubercolare, Eiselsberg (9), per quanto si riferisce alla loro sintomatologia, vorrebbe porre altre stenosi, non da cicatrici, ma di natura infiammatoria acutissima che si accompagnano a quelle. Le modalità della loro evoluzione sarebbero le seguenti: al di sopra dei punti ristretti ipertrofici dell'intestino si formano delle ulcerazioni della mucosa per l'irritazione meccanica del contenuto intestinale, onde, per gli stimoli che questo esercita sulle muscolari, l'intestino si contrae e forma una stenosi spastica, come succede per il piloro nell'ulcera gastrica.

Al di sopra di questo punto l'intestino deve dilatarsi a forma di ampolla, cosicchè le superficie sierose vengono a contatto in corrispondenza dello stringimento spastico circolare, e per il loro stato infiammatorio possono venire ad un agglutinamento.

Si ha così una nuova stenosi prodotta dallo spasmo della muscolatura intestinale, protetta dall'agglutinamento infiammatorio della sierosa. In favore del fatto che simili stenosi spastiche infiammatorie s'accompagnano spesso a stenosi intestinali multiple di natura tubercolare depongono quei casi di pseudo-guarigioni di tali processi ottenute mediante una laparotomia esplorativa (casi di König, Rotter, Boftin). Non si può certamente ammettere la scomparsa di un restringimento cicatriziale dopo una semplice laparotomia; ma è facile in questi casi spiegare la guarigione di stenosi spastiche infiammatorie. La paresi intestinale che succede ad una laparotomia esplorativa e che dura un certo tempo, può vincere lo spasmo, e l'infiammazione e si ha così un certo periodo di sosta accennante ad una guarigione.



I moderni chirurghi con arte grande intervennero soventi volte colla resezione dell'intestino nei casi di tubercolosi intestinale ipertrofica, ed è gloria specialmente delle cliniche italiane la ricca statistica di questa operazione, la quale accenna a diventare sempre più numerosa per i suoi favorevoli risultati. Secondo una statistica del dottor Rosa (10), le resezioni intestinali da tubercolosi connettiva sono abbastanza numerose. Sopra 66 resezioni 12 furono per stenosi tubercolare e furono quelle che diedero risultato più favorevole in confronto di quelle eseguite per affezioni di altra natura.

Di 12 casi 8 furono guariti. È una statistica assai lusinghiera per una malattia ad evoluzione lenta e fatale. Il prof. Durante (11) osserva che nei casi in cui l'intestino stenosato non ha acquistato vaste aderenze infiammatorie, la resezione e l'enterorrafia danno quasi sempre buoni risultati. Czerny, Smith, Pantaloni (12) hanno pure delle statistiche numerose di guarigioni. Un altro fatto, che in questi ultimi tempi incoraggiò i chirurghi ad intraprendere questa operazione sull'intestino tubercolare, è la conoscenza oramai stabilita del processo di guarigione della peritonite tubercolare in seguito ad una laparotomia (13). Nei casi di diffusione dell'infezione dall'intestino al peritoneo l'apertura di questa sierosa induce la trasformazione fibrosa delle granulazioni scoperte per un processo di peritonite reattiva asettica.

I fatti sopra riportati, che sono il vanto di illustri maestri, ci dovrebbero rendere meno scettici ad intervenire chirurgicamente in una affezione che del resto è fatalmente mortale; all'impotenza di fronte all'evoluzione del male, che in tempi non lontani ci costrin-

geva a medicazioni palliative e morali, subentra ai giorni nostri l'opera del chirurgo con arte grande pari alla sua audacia.

*
* *

Terminando il mio lavoro io credo di poter esprimere le seguenti conclusioni:

1° La tubercolosi ulcerosa dell'intestino può qual che volta condurre alla produzione di stenosi multiple, le quali non si possono col semplice esame macroscopico differenziare da stenosi di altra natura.

2° L'esame istologico permette sempre in questi casi una precisa dimostrazione della natura del processo, non solo per la presenza dimostrabile di forme bacillari ma ancora per la struttura caratteristica propria dei tessuti tubercolari.

Torino, maggio 1899.

LETTERATURA.

- (1) RUGGI — *Storia relatata ad un fanciullo cui furono asportati con successo m. 3,30 d'intestino tenue* Policlinico, S. G., 1 febbraio 1896)
- (2) METCHNIKOFF — *Inflammations chroniques* — In *Pathologie comparée de l'inflammation*. Paris, 1892
- (3) BRACIT — *Cirrhose hypertrophique* (*Archives générales de médecine*, 1888).
- (4) SOIRHIEU. — *Rétrécissements tuberculeux du Rectum* (*Archives générales de médecine*, 1895).
- (5) DARRER — *Rétrécissements tuberculeux à diaphragme de l'intestin*. (*Presse médicale*, 5, 1898)
- (6) Cit. in BROUARDE. — *Pathologie médicale*. Paris, 1893, vol. 3
- (7) CLAUDE — *Tuberculose hypertrophique du gros intestin*. Société de Biologie, 1898
- (8) MANNIER — *Tuberculose intestinale hypertrophique* (*Archives provinciales de médecine*, 2, 1899)
- (9) EISENBERG — *Stenosi intestinali* *Riforma medica*, 62, 1899
- (10) ROSA — *Intorno a la resezione del colon e del ceco*. (*Policlinico*, S. G. 1° ottobre 1896)
- (11) DI RANTE — *Resezioni intestinali*. Atti R. Accademia medica di Roma, giugno 1894).
- (12) PANTALONI — *Resection de l'intestin par tuberculose intestinale chronique* (*Archives provinciales de chirurgie* 6 1898)
- (13) D'URGO — *Laparotomie per tubercolosi peritoneale*. (*Policlinico*, S. G., maggio e 1° giugno 1896).

RIVISTA MEDICA

A. MENSHAN **Le psicosi traumatiche** (*Journal de médecine et de chirurgie*, n. 14, 1898).

Nella stessa guisa che in seguito a certi operazioni chirurgiche non raramente insorgono disturbi psichici, dopo traumatismi accidentali possono osservarsi gli stessi fatti con maggiore o minore gravezza.

Vanno considerate come vere psicosi traumatiche quelle, che si producono in un individuo sano, immune da qualsiasi tara psicopatica, ricordando che i traumatismi agiscono sugli individui predisposti, e possono determinare delle psicosi, le quali però non hanno alcun che di caratteristico.

Il tipo generale delle vere psicosi traumatiche è la confusione mentale; però ne esistono gradi differenti, per cui il giudizio diagnostico si rende molto difficile. Secondo l'intensità dei sintomi (intensità, che non sempre apporta un pronostico di gravità corrispondente), possono farsi le seguenti distinzioni:

a) Un primo grado è costituito da disturbi psichici elementari senza psicosi dichiarata, e, e ora sopravviene da soli, ora complicano una nevrosi esistente. Si osserva anzitutto nel malato cambiamento di carattere: da gaio diventa triste, taciturno, irritabile, collerico. Spesso il sonno è turbato da sogni e da incubi più o meno penosi, e che si riferiscono sempre all'agente traumatico; raramente si hanno allucinazioni. Intanto si nota nel soggetto rimanere lieve diminuzione della facoltà volontaria, apatia, stato di depressione cerebrale, diminuzione della memoria più o meno notevole.

b) Un secondo periodo è rappresentato dalla vera confusione mentale allo stato subacuto. Nota dominante è l'ottusità o l'obnubilamento mentale con o senza delirio, quest'ultimo quando esiste, ricorda il delirio alcolico; e un delirio di sogni, o meglio, un sogno prolungato, che l'individuo

mette in azione sotto l'influenza delle allucinazioni visive, frequentissime, con carattere professionale o terrificante.

c) In un terzo grado si ha il vero delirio acuto, agitato o allontato, con o senza febbre; delirio, che spesso si termina con la morte o pure con la confusione mentale e stupore.

d) In un quarto grado si riscontra la vera paralisi generale con questa particolarità, che la psicosi spesso è separata dal traumatismo da un lungo intervallo di tempo, come si verifica specialmente in seguito ai traumas della testa.

In tutte le forme di psicosi traumatiche domina il delirio onirico, che l'A. mette in rapporto con una intossicazione, dovuta ad un perturbamento nutritivo dell'organismo sotto l'influenza diretta od indiretta, mediata od immediata dello shock.

Sotto il punto di vista del pronostico, a differenza di quello delle nevrosi traumatiche, l'avvenire delle psicosi in discorso è meno fosco; però va notato che le forme depressive sono sempre le più tenaci, stabilendosi gradualmente e subdolamente ed addimostrando speciale tendenza a farsi definitive. La guarigione può aversi negli accessi di delirio acuto post-traumatico, i quali presentano minore probabilità di passare allo stato cronico. La pseudo-paralisi generale traumatica pur presentarci delle remissioni più o meno lunghe, mena sempre ad esito fatale.

Il trattamento delle psicosi traumatiche è locale e generale, dovendosi specialmente aver di mira di combattere l'auto-intossicazione.

Una questione seria si presenta dal lato medico-legale. Non di rado sono richiesti danni e spese per disturbi psichici consecutivi a traumas. Primo compito del perito è quello di esaminare ne l'affezione, che accerta, la parte reale spettante al traumatismo. Non dovrà quindi mai trascurare di assicurarsi se nel soggetto esista eredità psicopatica; mancando, questa, se non vi sono precedenti di nevrosi, allora soltanto può ritenere che il traumatismo patito rappresenta la causa incriminabile. Anche la forma del delirio può riuscire al perito di prezioso aiuto nel giudizio diagnostico, ricordando che desso è un delirio onirico, come quelli da intossicazione. Infine il tempo della comparsa dei disturbi psichici rispetto all'accidente traumatico, la loro acuità più o meno intensa varranno a metterlo in condizione di stabilire il fondato diritto alla rivendicazione pecuniaria.

C. PIANETTA. — **Note cliniche sui paranoici.** — (*Archivio di Psichiatria, Scienze Penali ed Antropologia Criminale*, fas. IV, 1899).

Il termine di *paranoia* oggi è entrato nel dizionario psichiatrico a sostituirvi le *monomanie*, acquistando una importanza, che prima non aveva, si distingue quindi una paranoia acuta e cronica, primaria e secondaria, ed in rapporto al contenuto una paranoia grandiosa, persecutoria, erotica, religiosa ecc., secondo le idee, che più marcatamente spiccano nel quadro morboso. I fenomeni principali di questo stato morboso, secondo Morselli, risiedono nella sfera intellettuale e consistono essenzialmente in idee erronee, deliri, allucinazioni, con la caratteristica della permanenza dei disturbi psichici ben consolidati a sistema, che ledono più o meno incompletamente il meccanismo logico del pensiero, apportano in modo costante una modificazione od una vera trasformazione della personalità psichica, non tendono alla decadenza.

Ma accanto a questa forma tipica di paranoia, ad evoluzione regolare, si ammettono altre varietà di paranoia acuta ed alcune forme spurie, tra le quali vanno appunto assennati i *paranoici*. In questi i fenomeni psichici si riducono sempre ad idee morbose di persecuzione, di grandezza, di misticismo, d'ipcondria ecc. con o senza disturbi psico-sensoriali; però in essi v'ha una speciale tendenza ad erronea interpretazione delle impressioni ricevute, a strane sensazioni, senza che le conseguenti idee arrivino a concretarsi in un vero e proprio delirio. Perciò se il movente di queste idee è di natura espansiva, solleciterà l'amor proprio e l'ambizione del malato, senza che in lui si abbia un vero delirio di grandezza, se è di natura depressiva, produrrà un turbamento della coscienza rappresentato da dubbi, da sospetti, da timori ingiustificati, senza però che si verifichi un analogo stato delirante. Insomma vero delirio non esiste e l'essenza del disturbo psichico pare costituito dalla prima fase, per la quale passa il paranoico classico.

Egli è vero che alle volte se le idee hanno contenuto ostile, possono acquistare il carattere di ossessione psichica ed anche trasformarsi in vero delirio con speciali disturbi psico-sensoriali, ma questo stato delirante non è sistematizzato, non si prolunga a lungo e solo rappresenta una fase episo-

dica della malattia mentale. Sicché può darsi il caso che questi paranoidi per gravità di manifestazioni debbano essere ricoverati nel manicomio ed appunto le 3 osservazioni, riferite dall'A. (vice-direttore del manicomio di Brescia, riguardano costoro; ma in generale dessi non sono destinati a varcare la soglia di questi stabilimenti, perchè, pur tanto luogo ad un capitolo di patologia mentale, non sono da segregarsi.

Nei paranoidi la tendenza a false interpretazioni persiste anche quando sono state vinte le idee paranogene o paranoiche, per cui queste possono facilmente risorgere o dar luogo ad altre della stessa natura. Questa tendenza costituisce un importante elemento di degenerazione. Molti individui originali, eccentrici, mattoidi, squilibrati ecc. vanno certamente ascritti nella classe dei paranoidi; in essi le attività psichiche non sono sviluppate normalmente ed armonicamente, per cui esiste la inordinazione fra i diversi poteri cerebrali, in ispecie tra la capacità intellettuale e sentimentale (Morselli).

I paranoici interessano dal punto di vista medico-legale. Stabilita la natura della loro malattia mentale, come pure il decorso e la possibile comparsa di vere fasi paranoiche con stati analoghi di reazione emotiva, si può emettere con giusto criterio un giudizio sulla responsabilità morale e generale di questi malati per quegli atti criminosi, li cui, fossero chiamati a rispondere davanti a tribunali. Queste nozioni quindi possono riuscire utili anche al perito militare.

cf.

VAFIROLI. — **Il piano e le nevrosi** — (*Med. Record*, marzo 1899)

In seguito ad una esperienza professionale continuata per molti anni l'A. ha potuto formarsi la convinzione che l'abuso del piano non sia estraneo alla produzione della clorosi e di talune forme nevropatiche, alle quali vanno tanto facilmente soggette le giovanette e dalle quali non rimangono esenti neppure i maschi. Egli ritiene assolutamente necessario di sradicare l'uso ormai invalso di costringere i bambini per delle ore intere a questo esercizio.

L'età di 15 o 16 anni dovrebbe essere il limite minimo ed anche al ora vorrebbe che fosse permesso di applicarsi

seriamente soltanto a coloro che dimostrano un talento speciale e che hanno una costituzione robusta.

Egli ha constatato che sopra 1000 fanciulle messe al piano prima dei 12 anni, 600 circa furono più tardi attente da una qualche nevrosi, mentre se ne trovò appena 200 su 1000 che avevano incominciato più tardi quest'esercizio e non giunse a trovarne 100 su 1000 che erano arrivate a vent'anni senza aver mai toccato il pianoforte.

Lo studio del violino produrrebbe, secondo l'A., risultati ancora più disastrosi di quelli attribuiti al pianoforte

c. f.

MÜLLER. — Sulla prova di Williamson nel diabete

SCHNEIDER. — Sul valore della prova di Bremer nel diabete. — (*München med. Wochenschr.*, n. 25, 1899)

Queste due prove si riferiscono al sangue dei diabetici; la prima si fonda sulla proprietà che ha questo di scolorare una soluzione alcalina debole di bleu di metilene; la seconda sul modo di comportarsi dello stesso in contatto di alcune sostanze coloranti. Quella, secondo l'A., ha un valore clinico grande e può riuscire di molta utilità per la diagnosi nei casi, p. e., di coma diabetico, nei quali manca l'orina; questa invece, secondo l'A., non può con sicurezza far fare la diagnosi di diabete, quando ha risultato positivo.

La prova di Williamson si pratica nel seguente modo: si aggiunge 1 c. c. di una soluzione di bleu di metilene a l'i p. 10000 a 20 c. c. di sangue diabetico e si riscalda il tutto per 15 minuti; la soluzione si scolora, mentre ciò non si verifica allorquando trattasi di sangue normale. L'A. ha trovato costante questa prova in 24 diabetici da lui esaminati e sempre in rapporto diretto per la intensità alla quantità di zucchero contenuto nella urina, anzi dessa è riuscita anche col sangue di diabetici, nei quali l'orina non conteneva zucchero nel giorno dello esame. Egli ha avuto pure risultato positivo centrifugando il sangue dei diabetici e praticando la prova col siero, ed in un caso di coma diabetico sperimentando ancora il liquido cerebro-spinale. Nella glicosuria transitoria il sangue si comporta nello stesso modo.

Bremer dapprima si servì di una miscela di bleu di metilene ed eosina, con cui colorava i preparati di sangue, fissati a 125°, e vide che mentre i corpuscoli rossi degli induriti

nelle condizioni normali si coloravano in rosso bruno, quelli dei diabetici prendevano invece una tinta giallo-verdastra. La stessa proprietà rivelava il sangue normale, che era rimasto in contatto con orina diabetica, mentre ciò non succedeva quando il contatto si era verificato con orina normale o con una soluzione comune di zucchero. Più tardi modificò il suo metodo, cioè, adoperò soluzioni acquose all'1 p. 100 di bleu di metilene, eosina, ecc., trovando sempre la reazione positiva in tutti i diabetici.

Schneider ha fatto le sue ricerche sul modo di comportarsi del sangue normale già in contatto con soluzioni neutre di zucchero, con orina normale neutra, con orina neutra della glicosuria alimentare, con orina diabetica. Egli ha trovato che si aveva reazione positiva in quest'ultimo caso solo quando l'orina diabetica era fortemente acida, mentre se era alcalina o neutra mancava la reazione caratteristica del bleu di metilene; anzi acidificando l'orina diabetica neutra, si aveva nel sangue rimasto in contatto con essa la reazione positiva, mentre neutralizzando o rendendo alcalina l'orina diabetica acida, scompariva la reazione. Di più un'orina troppo acida dopo abbondante nutrizione carnea poteva alle volte far vedere la reazione positiva nel sangue, già rimasto con essa in contatto. Dunque è l'acidità forte dell'orina, secondo l'A., più che il contenuto in zucchero la causa della reazione di Bremer. Da ciò la non sicurezza diagnostica di questa prova, quando il risultato è positivo. *cy.*

LINDSAY. — L'uso del siero antistreptococcico nel trattamento del vajuolo. — (*Medical Record*, luglio 1899)

Se si può fondatamente ritenere che in molti, per non dire in tutti i processi infettivi, le maggiori jatture, e lo stesso esito letale, ripetano la loro origine dal disordine che induce nell'organismo l'infezione primitiva, è anche clinicamente e patologicamente dimostrato che certe evenienze sono favorite, aggravate od anche assolutamente prodotte da un'infezione secondaria. Fu quindi logicamente pensato che anche il solo fatto di poter mitigare i dannosi effetti di una seconda infezione così sovrapposta dovesse rendere più regolare e più lieve il decorso della prima.

Durante un'epidemia di vajuolo avvenuta in Inghilterra, a Middlesbrough, nei primi mesi del 1898 l'A. osservò che la

morte avveniva più frequentemente durante un periodo da 3-5-7 giorni dopo che le pustole avevano incominciato a seccarsi e ad essere riassorbite. Penso che la trasformazione dell'essudato delle vescicole potesse esser prodotto da organismi piogenici entrati dal di fuori e si prettisse d'impedire questa trasformazione. Ricorse ad un trattamento rigorosamente antisettico e noto che reamente la suppurazione delle vescicole poteva essere prevenuta, ma la procedura era troppo difficile e quindi i risultati poco sicuri. Fu allora che ricorse al siero antistreptococcico, del quale fece delle iniezioni sottocutanee nelle pareti addominali a intervalli di 12-24 ore. Scelse per questo esperimento 6 tra i casi più gravi, nei quali le pustole erano molto confluenti, la tendenza al collasso grandissima e tutto induceva a fare una prognosi grave. In due casi fu letale, negli altri quattro diminuì l'intensità dei fenomeni tossici, si rinforzò l'azione del cuore, si regolarizzò il polso assai rapidamente, il periodo critico successivo all'assorbimento delle pustole fu molto abbreviato e la convalescenza incominciò più presto e progredì più spedita.

C. S.

MARCHAND. — Polso e temperatura nell'epilessia, nella vertigine epilettica e nell'istero-epilessia. — (These de Paris.)

Sono 300 osservazioni fatte dall'A. all'ospedale di S. Anna. Immediatamente dopo l'attacco convulsivo il paziente veniva messo sopra un letto e coperto allo scopo di prevenire il raffreddamento del corpo; veniva subito introdotto un termometro sensibilissimo nel retto e contemporaneamente contati i battiti del polso. Le due operazioni erano ripetute a brevi intervalli. Inutile aggiungere che tanto la temperatura come il numero delle pulsazioni del soggetto nel periodo interaccensionale erano scrupolosamente determinate.

Le conclusioni alle quali l'A. è venuto sono le seguenti.

1° L'aumento della temperatura avviene circa 10 minuti dopo l'accesso e raggiunge il suo massimo in 20 minuti. La massima elevazione non dura più di 10 minuti, per modo che dopo 40 minuti circa dalla fine dell'accesso epilettico la temperatura è tornata al normale, e cioè alla temperatura abituale del soggetto nello stato interaccensionale.

2° Il massimo innalzamento di temperatura dopo un accesso epilettico è di 0°,5 c.

3° Gli attacchi di vertigine epilettica danno un aumento meno marcato, ma sempre sensibile di temperatura - 0°,3 c - esso dura circa 40 minuti.

4° Il punto massimo è raggiunto in 15 minuti e persiste per circa altrettanto discendendo poi al normale in modo graduale.

5° L'istero-epilessia aumenta la temperatura di circa 0°,4 c: l'aumento dura circa 35 minuti, e vi è generalmente una certa proporzione tra la lunghezza dell'accesso e la durata dell'innalzamento termico. La durata della temperatura massima è di circa 8 minuti e il suo abbassamento è graduale.

6° Non vi è generalmente proporzione tra il maximum della temperatura e l'età del paziente, come nello stesso soggetto attacchi diversi possono dare diverse temperature.

7° Il polso si eleva di circa 30 battute al di sopra del numero verificato nei periodi interaccessionali, ma 50 minuti dopo l'accesso tutto ritorna alla calma. La massima frequenza del polso si constata 16 minuti dopo l'accesso e si mantiene in questo stato non più di 5 minuti.

8° Nella vertigine epilettica il polso si eleva in proporzione dell'intensità dell'attacco.

9° L'età non porta differenze nelle alterazioni del polso.

10° Nell'istero-epilessia l'accrescimento dei battiti del polso può raggiungere il numero di 57, e questo accrescimento dura 24 minuti. Il massimo della frequenza è all'inizio dello accesso (periodo epilettico) e questo massimo dura 4 minuti. Quando esso cessa non lo fa in modo assoluto, ma con irregolarità e con decise oscillazioni.

11° Non vi è relazione tra la durata dell'attacco e l'aumento massimo del polso. In complesso le alterazioni del polso nell'istero-epilessia sono molto più marcate che i cambiamenti di temperatura.

RIVISTA CHIRURGICA



BOAS. — Controindicazioni all'uso della sonda gastrica a scopo esplorativo. — (Med. Record, marzo '99).

In un pregiato lavoro sulla *Diagnostica e terapia delle malattie dello stomaco*, l'A. determina le condizioni patologiche o fisiologiche, nelle quali è controindicata l'esplorazione dello stomaco colla sonda e le divide in due categorie, la prima, di quelle malattie locali o generali che mettono in pericolo la vita e nelle quali l'affezione può essere aggravata da una qualsiasi irritazione locale, la seconda, di quelle affezioni del tubo gastro-intestinale, che possono essere diagnosticate anche senza l'uso della sonda e nelle quali questo mezzo d'indagine costituirebbe solo un lusso diagnostico.

Appartengono alla prima:

1. I vizi organici di cuore non compensati, le nevrosi cardiache, l'angina pectoris, la miocardite, la degenerazione grassa del cuore a grado avanzato;
2. Gli aneurismi delle grandi arterie;
3. Le emorragie di data recente, qualunque sia la loro origine e gl'infarti emorragici;
4. La tubercolosi polmonare ad uno stato inoltrato,
5. L'entisema polmonare con caarro dei bronchi, anch'esso a grado avanzato,
6. Gli stati apoplettici, l'ipertemia cerebrale, l'epilessia,
7. La gravidanza durante questo periodo la sonda gastrica può essere adoperata a scopo terapeutico, quando la diagnosi sia già accertata, ma non a scopo esplorativo,
8. L'esistenza di una febbre continua o remittente,
9. Una marcata cachessia;
10. L'età molto avanzata.

Costituiscono la seconda categoria:

1. Le ulcere gastriche le quali abbiano già dato luogo a qualche ematemesi;

2. Il carcinoma apprezzabile colla palpazione, che abbia già dato luogo ad una considerevole emaciazione e che presenti od abbia presentato vomiti caffèani e tutti gli altri segni classici di questo neoplasma;

3. Morte nevrosi gastriche, nelle quali il vero carattere dell'affezione è reso manifesto da altri sintomi concomitanti;

4. La febbre gastrica e i catarri acuti dell'intestino;

5. La facilità a sanguinare della mucosa dello stomaco;

6. Tutte le affezioni gastriche secondarie la cui dipendenza da altre condizioni primarie sia evidente

c. f.

SALITZCHEW — Disarticolazione interileo-addominale.

— (*Centralblatt für Chirur.*, n. 35, 1899)

La disarticolazione delle estremità inferiori unitamente al corrispondente mezzo bacino viene eseguita, come si sa, con due metodi. Secondo Jaboulay si divide la sinfisi e si legano tutti i vasi iliaci (3 casi di Jaboulay e uno di Caecopoli, tutti morti). Secondo Girard e Bardenheuer si legano l'iliaca esterna e l'ipogastrica, risparmiandosi le ossa del bacino dal foro otturatorio alla sinfisi pubica (3 casi di Girard, guariti, ed uno pure guarito di Bardenheuer).

L'autore operò secondo il metodo di Jaboulay, però da lui modificato. Il suo paziente era affetto da sarcoma che in alto raggiungeva l'ombelico ed in basso aveva interessata la coscia. Il tumore aveva la lunghezza di 38 centimetri, la larghezza di 30 centimetri. I rami della iliaca comune e la metà inferiore del grande psoas erano compresi dal tumore. L'operatore condusse un taglio dalla estremità della 12^a costa alla linea anteriore superiore, quindi sopra il legamento del Paparzio alla spina del pube approfondandosi sino al peritoneo. Legò l'iliaca comune a tre centimetri dall'aorta. Poi formò un lembo ovoidale posteriore, con taglio dalla tubercolosità del pube lungo la piega femoro-perineale alla tubercolosità dell'iscio, quindi orizzontalmente indietro al gran trocantere e ascendendo fino alla metà della cresta iliaca incontrandosi così col primo taglio.

In seguito, divisione della sinfisi dopo disecate le parti molli, divisione del muscolo psoas, del nervo femorale dei vasi otturatori e del plesso lombare, tagliati da ultimo i legamenti della articolazione sacro-lombare fu distaccata l'estremità. La

emorragia della grande ferita fu mediata. I muscoli furono quindi cuciti intorno alla ferita, indietro i muscoli delle pareti addominali col sacro lombare e col grande psoas, in avanti il grande gluteo col petto addominale e così venne chiusa tutta la ferita. Cola sutura della cute si finì l'operazione.

Questo caso è il primo guarito tra gli operati secondo il metodo di Jaboulay.

C. P.

DAVIS e NANCREDE Le ferite d'arma da fuoco nelle guerre moderne. — (*Med. Record*, maggio e luglio '99).

Dopo l'introduzione dei fucili a piccolo calibro si può dire che gli effetti dei proiettili nei vari tessuti sono completamente diversi da quelli di un tempo. Le osservazioni fatte nell'ultima guerra ispano-americana e più recentemente ancora nelle scaramucce, che continuamente hanno luogo a Luzon, sono assai preziose per giudicare le immediate comparative delle vecchie e delle nuove armi, nonché delle differenze di carattere nelle ferite da esse prodotte. Tanto i Giapponi che gli Spagnuoli erano armati di Mauser, il cui potere penetrante e, nel modello 1897, secondo il maggior Ugo Le, 45,125 pollici. Le esperienze di Bruin circa le conseguenze e la natura delle ferite prodotte da palli, che camminano con una velocità così precipitosa, fanno credere che a 300 metri di distanza raramente si determinano, ed anche a 400 e 500 metri di regola producono una ferita con un piccolo traente, con piccolo foro d'ingresso e d'uscita, con piccoli scheggiamenti d'ossa ed altrettanto piccoli strappamenti di parti molli.

Stevenson ha concluso dai suoi esperimenti che col l'aumentata velocità i proiettili hanno guadagnato enormemente in penetrazione, ma, se non colpiscono una parte vitale, o fratturano uno dei grandi ossi, non producono guasti gravi. Rispetto al carattere e alla gravità delle ferite osserva che quando una palla ha attraversato solo le parti molli, il foro di uscita è generalmente una piccola apertura circolare, i cui margini sono poco irregolari. E per la palla che ha colpito nel punto del suo maggior diametro, più grande è la distruzione nell'osso e nelle parti molli circostanti.

Il dottor Davis parlando delle sue osservazioni fatte nella guerra russo-turca viene alla conclusione che la forza iniziale delle palle è propulsiva o penetrativa, che quando la

penetrazione e impellita, la forza propulsiva si trasforma in laterale, che l'effetto esplosivo è solo un altro nome dato all'azione laterale, che quest'azione laterale è più marcata nelle ossa più dure (i frammenti essendo trasportati in avanti) e meno negli organi contenenti il pido, che praticamente la rotazione della palla sul suo asse non influisce materialmente sul carattere delle ferite, che gli effetti delle ferite di fucile non sono così gravi sopra i corpi viventi, come sui cadaveri, che il potere distruttivo dei fucili di piccolo calibro è stato esagerato, che il suo potere micidiale o invalidante, è minore di quello a grande calibro, che le ferite nei futuri conflitti saranno meno gravi che per il passato e guadranno più rapidamente, che infine saranno meno necessarie le operazioni radicali e la chirurgia conservatrice sarà seguita da più brillanti risultati.

Queste verità sono state recentemente corroborate sotto molti aspetti dai chirurghi delle Filippine. Il Boek dice che i feriti debbono a loro vita a le palle di piccolo calibro degli insorti. Nei tessuti ossei il Mauser produce un piccolo foro, e di rado frattura un membro, nel cranio soltanto è generalmente mortale. Egli dice di aver visto un centinaio di feriti al petto nelle più svariate regioni, tranne la cardiaca, e tutti san guariti. Ma mentre le lesioni in guerra delle palle o di Berne sono meno gravi di quelle di un tempo, le ferite ad tomica sono altrettanto e forse più gravi di prima. Dice inoltre che attraverso i tessuti molli addominali le Mauser sono sempre fatali, come pure le ferite di intestino, dello stomaco, della milza, uccidono sempre. Ogni operazione per la resezione degli intestini è letale e quindi è ora completamente abbandonata, e ciò è in accordo coll'opinione della maggior parte delle autorità chirurgiche militari, per quanto le loro vedute differiscano considerevolmente circa la prevalenza del trattamento conservativo sull'intervento chirurgico. Il dott. William Parker di New Orleans discutendo questo punto afferma la sua creanza che nelle ferite addominali causate dalle piccole palle molle la laparotomia sul campo non debba essere tentata.

Il dott. Nicola Sean esprime l'opinione che la laparotomia nelle ferite penetranti dell'addome è indicata solo nei casi, nei quali la vita è in pericolo per l'emorragia viscerale e le condizioni generali del paziente sieno tali da giustificare la speranza che egli possa sopravvivere agli effetti immediati della

operazione. Sir William Mac-Cornac consiglia invece che, quando la penetrazione sia stata diagnostica, la sezione addominale sia eseguita il più presto possibile. Nel tal o però bisogna convenire che la percentuale della mortalità avuta finora in questo genere di ferite trattate con l'operazione sia sul campo di battaglia che negli ospedali da campo è stata estremamente alta. In Francia, nella guerra di Crimea la prima fu di 91,7 p. 100. In Inghilterra '92, » p. 100. Nelle guerre americane il 90 p. 100.

Il dottor Charles Nancrede ebbe occasione di vedere più di 1400 feriti che furono trasportati all'ospedale, dove egli prestava servizio, ed osservò che tutte le ferite delle parti molli erano molto semplici, tranne quando la palla erasi deformata, uccidendo qualche oggetto esterno prima di colare, o quando erasi rotto il suo rivestimento. L'innuità dovuta da queste ferite risultava dalla loro confusione causata oale per le **Mausers** che si muovono con tanta rapidità, dalle condizioni asettiche delle palle stesse e finalmente dalla estrema rarità del caso che qualche frammento di vestito fosse penetrato nella ferita, il che avveniva non infrequentemente colle palle dei Remington. Se mantenute asettiche, queste ferite guarivano nella grande maggioranza, come se fossero ferite da taglio, cicatrizzando non raramente sotto la prima medicatura fatta sul campo col pacchetto di medicazione. Non erano infrequenti contusioni o leggere ferite dei grandi vasi con formazione dei così detti aneurismi traumatici parecchi giorni dopo la lesione. Racconta di aver visto due feriti alla succellavia sopravvivere più di 3 settimane, per poi soccombere di emorragia durante un tentativo di legatura del vaso. Potè praticare diverse legature e l'aiutare altri colleghi nelle stesse operazioni per ferite avvenute parecchi giorni prima. Appunto perciò che anche i più importanti vasi feriti non producevano la morte immediata per emorragia e perchè le ferite della testa, del torace e dell'addome erano sempre meno gravi, così la mortalità sul campo fu più bassa di quanto si sarebbe aspettato.

Molte di queste vite furono salvate dal pronto aiuto dei chirurghi i quali prestavano il loro soccorso sotto il fuoco servendosi del pacchetto di medicazione, che era l'arma il più grande progresso della chirurgia militare sul campo di battaglia.

In conclusione, mentre le armi moderne non lasciano nulla a desiderare dal lato tecnico di costruzione, esse compiono

male lo speciale scopo pel quale sono destinate. Le ferite che esse producono sono complessivamente di minore importanza di quelle prodotte dalle armi di calibro maggiore; l'infezione delle ferite è più rara, i danni sono maggiori a grande che a piccola distanza.

C. F.

Arx. — Il flemmone da leptotrix. — (*Centralblatt für chir.*, n. 34, 1899).

Arx riferisce sopra quattro casi d'infezione acuta della regione sottomassiliare e cervicale, il cui punto di partenza erano denti carati. In due di quei casi l'affezione era seguita immediatamente ad una operazione sui denti. Erano infezioni miste di leptotrix, di stafilococco e di diplococco ed anche di bacterium coli. Stando alla sindrome della malattia crede l'autore di dovere assegnare una speciale importanza ai filamenti del leptotrix.

I flemmoni da leptotrix che ben si distinguono dalla ipocosti fanno riconoscere due stadi. Il primo sarebbe una periostite alla radice di un dente molare inferiore cariato, e questa periostite si riconoscerebbe da un tumore duro persistente per settimane e mesi e del tutto indolente, situato al margine inferiore della mandibola.

Solo quando il periostio è distrutto si estende il flemmone icoroso sotto la fascia superficiale del collo portandosi lentamente verso le grandi aperture del collo, si forma una infiltrazione diffusa, lignea, talvolta con enfisema cutaneo che fa sparire ogni contorno del collo, il tutto accompagnato da grave malessere e da fetore alla bocca. Il decorso non è così tumultuoso come nel flemmone profondo del collo (angina di Ludwig): la suppurazione è meno copiosa, vi è invece icore e formazione di gas. Si può scambiare facilmente anche colla actinomicosi. L'autore ha perduto due dei suoi pazienti perchè il processo progredì in basso fino al mediastino e in un caso anzi fino alle pareti addominali.

C. P.

RIVISTA DI OCULISTICA

FRAENKEL — Sulla presenza del meningococco intracellulare nella flogosi purulenta della congiuntiva. —
(*Centralblatt für Chir.*, n. 31, 1899).

Nella congiuntivite purulenta sono da distinguersi, secondo Axenfeld, le seguenti principali forme:

1° La congiuntivite prodotta dal gonococco, che è la più frequente;

2° Quella da pneumococco;

3° Quella dal bacillo di Koch e Weeks;

4° Quella provocata dal diplobacillo di Morax e Axenfeld.

Più raramente alla patogenesi dell'affezione partecipano il bacterium coli ed il bacillo della difterite.

Fraenkel pertanto, pote in tre casi provenienti dalla clinica oculistica di Hallens, dimostrare quale generatore della blenorrea congiuntivale il diplococco intracellulare della meningite il quale colla massima facilità per la sua posizione intracellulare o per altro carattere può essere scambiato col gonococco. Da qui la necessità, essendosi questo parassita riscontrato ripetutamente anche ne la rinite e nell'otide media, di stabilire la diagnosi non solo, ma di mettere in opera tutti i più minuti e precisi mezzi di ricerca, prima di venire ad un definitivo giudizio sulla forma batterica dell'affezione.

C. P.

J. PFISTER. — La cura delle affezioni oculari eczematose nella pratica comune. — (*Korrespondenz-Blatt*, n. 17, 1899).

In questo lavoro l'autore non dice veramente nulla di nuovo, ma espone alcune considerazioni pratiche di qualche interesse e che possono riuscire utili ai medici non specialisti. Ci duole soltanto che l'autore nell'enumerare i vari metodi di cura sia locali che generali, non faccia alcun cenno delle iniezioni parenchimatose di iodio alla Durante, che diedero risultati veramente straordinari, appunto nelle forme eczematose (scrofolose), come venne dimostrato dal Trombetta, dal Petella e dall'Alfieri nell'ultimo congresso di oftalmologia tenutosi in Torino.

Riassumeremo ora alcune delle considerazioni più interessanti del Pfister il quale, come già si è detto, si rivolge ai medici non specialisti, ritenendo giustamente che le affezioni eczematose degli occhi rientrano nella pratica comune giornaliera.

Se l'iniezione della congiuntiva è scarsa, circoscritta, come quando esiste una piccola fittena sulla congiuntiva del bulbo (vicina o lontana dal margine corneale), è indicata la *apo verizzazione di calomelano*, con le seguenti avvertenze:

1° Il calomelano deve essere finamente polverizzato (preparato a vapore).

2° Il calomelano e il pennello devono essere conservati ben asciutti, e quest'ultimo non deve mai venire a contatto con l'occhio.

3° Si deve impiegare *una piccolissima quantità* di calomelano per non irritare l'occhio (1).

4° Anche dopo la scomparsa completa delle fittene, è necessario spolverare il calomelano per altri 10 giorni allo scopo di impedire una recidiva. L'applicazione giornaliera di un cataplasma caldo per la durata di un quarto d'ora sull'occhio chiuso coadiuva efficacemente la cura descritta. Invece del calomelano si può impiegare anche l'unguento giallo (ossido giallo di mercurio 0,1. Unguento glicer. 10) da applicarsi in piccolissima quantità nel sacco congiuntivale e facendo seguire tale applicazione da un leggero massaggio sulla palpebra superiore.

Un terzo mezzo, nei casi di più estese fittene congiuntivali, è la prudente applicazione del lapis mitigato preceduto dalla instillazione di 1-2 gocce di una soluzione di cocaina, e seguito dall'instillazione di 1 goccia di cloruro di sodio.

Naturalmente durante la cura ed anche per qualche tempo dopo, l'occhio va tenuto protetto contro la polvere, il fumo, il vapore e le correnti d'aria. Questa cura — come si è detto — dà buoni risultati soltanto nell'iniezione circoscritta della congiuntiva. Se lo stato flogistico è più intenso e la congiuntiva bulbare è iniettata tutto all'intorno (con fotofobia e lagrimatione), allora è indicato un altro procedimento. Vengano in

(1) Nella clinica oculistica di Torino non si impiega mai il calomelano nelle forme il (temuler) perché, anche in piccolissima quantità, riesce troppo irritante e non è ben tollerato dall'occhio. Si dà invece la preferenza alla pomata 1. prescritta giallo.

prima linea i mezzi calmanti locali: la cocaina e l'atropina a gocce o sotto forma di pomata (1-2 p. 100), ma, in generale, si deve dare la preferenza alle soluzioni perché queste si possono sterilizzare, e limitare l'applicazione della pomata a quei casi in cui, per la viva lagrimazione, le gocce instillate vengono trascinate via dalle lagrime.

Quando la dilatazione pupillare dimostra l'azione dei mezzi calmanti, si deve applicare una fasciatura asciutta con garza sterilizzata o idrofila.

Quando nelle affezioni eczematose dell'occhio la congiuntiva bulbare è iniettata tutt'all'intorno, coesistono sempre o piccole e multiple eruzioni sul margine corneale o anche qualche affezione piuttosto grave della cornea. In entrambi i casi, oltre ai mezzi calmanti locali già indicati, è utile l'applicazione del caldo umido (1).

Dopo l'applicazione dei mezzi calmanti locali e dopo la lavatura dei margini palpebrali con acqua sterilizzata o con debole soluzione di sublimato (0,1-0,2 p. 1000), si dovrà applicare una fasciatura asciutta, poiché le fasciature umide favoriscono — come fu dimostrato batteriologicamente — lo sviluppo dei microrganismi nel sacco congiuntivale.

Nel caso in cui la congiuntiva bulbare è poco o nulla iniettata mentre invece è molto arrossata ed ispessita quella palpebrale (ordinariamente si aggiunge allora una abbondante secrezione catarrale), è indicata l'applicazione di una soluzione di nitrato d'argento (2 p. 100) sulla congiuntiva, mediante un pennello, seguita da lavatura con acqua distillata. È bene adoperare un pennello per ogni singolo caso oppure lasciarlo per un quarto d'ora nella soluzione di nitrato d'argento, dopo l'uso.

Le affezioni concomitanti della cornea non costituiscono punto una controindicazione alle pennellature della congiuntiva palpebrale. Invece del nitrato d'argento può pure essere usato il protargolo in soluzione al 10-20 p. 100: la sua applicazione è molto meno dolorosa. Trattandosi di infiltrazione o di ulcere, le precauzioni della cura debbono essere maggiori poiché si deve cercare di ottenere che le eruzioni corneali siano, per quanto è possibile, piccole e sottili. Il mezzo

(1) L'autore consiglia i cataplasmi caldi, ma sono di gran lunga preferibili le docce di vapore caldo, come si praticano, con ottimo successo, nella clinica oculistica di Torino.

principale in tali casi è la fasciatura asciutta, dopo aver praticata una rigorosa pulizia dei dintorni dell'occhio, della pelle della palpebra, delle ciglia e del margine palpebrale con acqua bollita, con acqua sodica o con una soluzione molto debole di sublimato, e dopo aver instillato l'atropina o la cocaina.

Nei casi molto ostinati di affezioni oculari eczematosi, non bisogna dimenticare di rivolgere una particolare attenzione al sacco e ai condotti lacrimali da cui prendono spesso punto di partenza i germi della malattia congiuntivale e corneale. La spaccatura dei condotti susseguita da iniezioni di acqua sterilizzata, da acqua borica, ecc. dà, in tali casi, buoni risultati. È superfluo il dire che le concomitanti affezioni del naso, come i catarri cronici della mucosa nasale, debbono essere curati contemporaneamente alle affezioni oculari, poichè è dal naso che bene spesso i germi infettivi trasmano nell'occhio seguendo le vie lacrimali.

Oltre la cura locale bisogna prescrivere una ben intesa cura generale, dietetica e medicamentosa: latte, uova, carne, preparati ferruginosi, olio di fegato di meruzzo ecc. (1).

Le ricerche batteriologiche hanno dimostrato che in questo genere di malattie oculari i batteri hanno una parte importante, e tutti gli osservatori sono concordi nel riferire di aver trovate numerosi germi infettivi nel sacco congiuntivale, sul margine palpebrale e nelle stesse fittene: micrococco piogeno aureo, micrococco piogeno albo, eccezionalmente il isolati, pneumococchi, diplobacilli e streptococchi. Inoltre si è riusciti, mediante l'inoculazione di stafilococchi nel sacco congiuntivale presso il margine della cornea (in occhi già ciechi) di dar luogo direttamente alla produzione di fittene: tanto più vicina alla cornea fu l'inoculazione, quanto più sicuro fu il risultato, e viceversa. Però non sempre l'esperienza ebbe esito positivo; il che prova che nella produzione delle forme eczematosi oculari, oltre all'invasione ectogena di batteri, hanno gran parte alcune condizioni di natura interna (scrof. 2). Rimane quindi sempre più dimostrata la necessità di associare in tali casi la cura generale alla cura locale.

E. T.

(1) Nell'ultimo congresso italiano di oftalmologia il dott. Magnani, assistente presso la cattedra oculistica di Torino, espone i buoni risultati da lui ottenuti in simili casi dalle iniezioni parenchimatose di lectina.

E. T.

RIVISTA DI MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE

S. EHRMANN — Il tannoformio nelle malattie cutanee.
— (*Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 25, 1899).

L'A. ha impiegato con buon esito il tannoformio in polvere nell'iperidrosi, e in polvere ed in unguento negli stati infiammatori provocati da eccessiva secrezione delle ghiandole cutanee, come l'intertrigine, le ragadi delle dita dei piedi, la balanite, ecc. Ma utile in modo speciale si dimostra negli eczemi professionali delle mani in cui, applicato sotto forma di unguento (al 10 p. 100) spalmato su strisce di tela, superò tutti gli altri mezzi medicamentosi.

Il tannoformio è pure un buon mezzo di medicazione nelle scottature e nelle ferite cutanee. E. T.

SORRENTINO. — Contributo allo studio delle alterazioni del sangue nella sifilide, e specialmente in rapporto all'alcalinità, all'leucotomia ed al peso specifico. — (*Giorn. internaz. delle scienze med.*, 15 luglio 1899).

Da un complesso di 31 osservazioni, l'autore viene alle seguenti conclusioni:

1° Il numero dei corpuscoli rossi non è influenzato durante tutto il tempo della lesione iniziale specifica. Al manifestarsi dei primi sintomi della sifilide c'è un'azione, mentre in alcuni casi si mantiene nei limiti normali, in altri scende più o meno rilevantemente.

2° Nei periodi più acuti dell'infezione, il numero dei corpuscoli rossi e, in generale, diminuito rilevantemente, e ciò in rapporto specialmente alla gravità della sifilide. Il numero dei leucociti è generalmente aumentato.

3° Riguardo alle diverse forme leucocitarie, si osserva principalmente aumento dei piccoli e grandi leucociti ed in minor grado di quelli mononucleari. Le piastrine in genere sono aumentate. Le cellule eosinofile non mostrano nulla di costante.

4° In rapporto all'emoglobina, vi sono esempi meno dimostrativi di oligocromemia.

5° L'alcalinità non subisce modificazioni durante il periodo della lesione iniziale, mentre al comparire dell'esantema si abbassa notevolmente, e si mantiene diminuita nei periodi avanzati dell'infezione.

6° La resistenza sanguigna è rilevantemente e costantemente diminuita. Questa alterazione si manifesta prima di ogni altra anche quando non è diminuito il potere emoglobinico del sangue. Para quindi che si possa pensare che se il sangue nei sifilitici è, a preferenza, povero in emoglobina, ciò possa ascriversi al diminuito potere isotonico dei globuli rossi, per cui l'emoglobina dissociandosi dallo stroma corpuscolare si dilonde nel plasma e si elimina. È da ritenersi inoltre, ponendo mente all'importanza che la diminuita alcalinità sanguigna deve avere sulla vita e sulle funzioni del protoplasma e sul ricambio nutritivo della cellula, che le principali alterazioni del sangue nell'infezione sifilitica sieno la diminuita resistenza dei globuli e la diminuita alcalinità.

te.

La medicazione all'alcool nella psoriasi. — (*La Semaine médicale*, 13 settembre 1899).

Un medico russo, il dott. Law, affetto di psoriasi, sperimentando su di se stesso gli eccellenti risultati che l'alcool esercita in questa affezione. Parlando del concetto che l'alcool concentrato, assorbendo l'acqua dei tessuti, doveva modificare vantaggiosamente le papille dermiche che nella psoriasi sono infiltrate, e tematose e congestionate, egli applicava, tutte le sere, sulle parti malate, delle compresse di cotone idrofilo, imbevute di alcool concentrato (70 a 92°), e salicilato al 2 p. 100, compresse che egli ricopriva di una stoffa impermeabile, che lasciava in sito durante tutta la notte. Al mattino levava la medicazione e lavava la parte con sapone mediante una spazzola sterilizzata, in modo da togliere tutte le squame. Quando, dopo un po' di tempo, la pelle cominciava a screpolarsi, impiegò alcune unzioni con pomata alla lanolina, pur continuando nel primo trattamento. I risultati terapeutici furono tanto favorevoli come quelli ottenuti con le diverse sostanze impiegate ordinariamente contro la psoriasi, come catrame, crisarobina, pirogallo o ecc. La medicazione all'alcool presenterelae molteplici vantaggi, non ferendo, ed impiegandosi soltanto durante la notte. G. B.

RIVISTA DI TERAPEUTICA

M. GASTINEL. — Clisteri di permanganato potassico nella dissenteria. — (*La Semaine médicale* n. 40, 1910).

Fin le sostanze medicinali usate in mezzi retti per combattere la dissenteria, si trova in prima fila il nitrate d'argento, mentre il permanganato potassico è pochissimo impiegato. Tuttavia questa sostanza costituirebbe un prezioso rimedio contro i disturbi dissenterici, come potevamo recentemente constatare il dott. Gastinel medico della marina francese.

L'A. ha trovato che i clisteri al permanganato di potassa mitigano, più che la morfina, tutti i fenomeni dolorosi della dissenteria, arrestano le scariche e conducono rapidamente a guarigione, massime se si associano ad una presa di calomelano a dose piuttosto elevata.

In presenza di un caso di dissenteria, l'A. ordina subito un clistere che si prepara aggiungendo a 250 grammi d'una soluzione fedele di permanganato-potassico all'1 p. 1000 una quantità eguale di acqua abbastanza calda perchè la miscela così ottenuta abbia la temperatura di 45° circa. L'infuso cogli arti inferiori flessi ed abbietti e col la mano un po' sollevato, si corica leggermente sul lato sinistro per ricevere il primo terzo del clistere, si colloca sul dorso per il secondo terzo, e sul lato destro per il terzo, e trattiene il liquido iniettato per due o tre minuti. A questo punto si arresta la prescrizione se la prima visita ha avuto luogo la sera. L'indomani mattina si fa un altro clistere, seguito dopo qualche ora, dall'ingestione di 1 grammo di calomelano. Quando il malato si presenta al mattino gli si ordina subito un clistere al permanganato di potassa e poscia, ritornata la calma, ossia dopo circa un'ora, si somministra il calomelano.

Tanto nell'uno quanto nell'altro caso, i clisteri si ripetono dapprima ad intervalli di dodici ore. Quando le materie fecali si sono abbastanza modificate, se ne prescrive uno solo al giorno, e poi uno ogni due giorni, abbassando contemporaneamente il titolo della soluzione fino a 0,3 ed anche 0,2

p. 1000) Finalmente quando la guarigione è bene avviata, si prescrive ancora per un mese un clistere la settimana.

Questi clisteri sono dolorosi, ma il dolore è tollerabile: esso persiste, del resto, raramente più di mezz'ora ed è seguito da un notevole sollievo di tutti i sintomi.

In quanto al calomelano, basta generalmente di darne una dose di 1 gramma per vedere le materie fecali assumere un aspetto più normale. Ma se il domani le scariche riprendono il carattere dissenterico, bisogna prescrivere ancora 1 grammo di calomelano. È raro che si sia costretti a ricorrere a questo medicamento per la terza volta: quando ciò avviene, lo si somministra 18 ore dopo la precedente e non se ne dà che gr. 0,80 o anche gr. 0,70 che si fan prendere in tre volte, ad intervalli di due ore.

Nei bambini l'A. adotta lo stesso metodo di cura. Prescrive una dose di calomelano proporzionata all'età del piccolo infermo e ordina dei clisteri di permanganato a 0,2 p. 1000 dai quattro anni in su, al 0,15 p. 1000 a tre anni, e al 0,10 p. 1000 a due anni.

E. T.

NAJLER — Gli effetti e le indicazioni della cura d'uva.
— (*Correspondenz Blatt f. Schw. Aerzte*, 15 luglio 1899).

È una vecchia cura che l'autore convinto dei suoi benefici effetti in parecchie infermità, vorrebbe rimettere in onore. Gli esperimenti fatti in numerosi casi lo avrebbero condotto alle seguenti conclusioni.

Due o tre libbre di uva sono per l'organismo un elemento nutritivo bianco, non eccitante, facilmente digeribile, rappresentante, a seconda del contenuto zuccherino, da $\frac{1}{10}$ a $\frac{1}{4}$ del materiale combustibile richiesto in 24 ore per un adulto. Soppassando tale quantità, l'uva cessa di non essere irritabile, senza guadagnare nel suo potere di risparmio, giacché l'aumento d'irritabilità si manifesta con un'influenza sull'intestino, la cui aumentata peristalsi conduce ad una perdita di nutrizione. Oltre a ciò l'uva è in sommo grado dissetante, leggermente diuretica ed abbassa l'acidità dell'urina.

Per ciò che riguarda le sue indicazioni nelle diverse malattie egli dice di avere ottenuto buoni risultati nell'obesità, nella quale due sono gli effetti benefici ch'essa produce, una aumentata perdita di liquidi attraverso il canale intestinale,

donde una disidratazione e una conseguente diminuzione di peso del corpo da un lato, dall'altro, agendo essa come dissetante, una diminuita ingestione di liquori, al che si dà un grande valore nelle cure dimagranti. Naturalmente insieme colla cura d'uva lebboro esser tenuta presenti tutte le altre misure dietetiche e fisiche generalmente adottate per questo scopo.

Sulla gotta la cura d'uva ha una certa influenza abbassando l'acidità dell'urina.

Lo stomaco può esserne beneficamente influenzato, ove esista uno stato dispeptico e purché non si dimentichi la necessità di adottare una dieta conveniente e l'uso di adatte acque minerali.

I disturbi renali in genere e la nefrotrasi in specie possono risentirne vantaggio. La sete dei nefritici si calma facilmente coll'uva, la quale agisce anche nel senso di risparmiare la funzione renale.

E da raccomandarsi nelle emorroidi e nelle costipazioni, mentre non è indicata in quelle affezioni del tubo intestinale, nelle quali il processo di fermentazione costituisce la causa principale delle sofferenze.

Nelle nevrosi può essere utilizzata come cura sussidiaria. I nevrastenici, per esempio, se grassi possono risentirne beneficio usandone largamente, se magri avvia un beneficio dall'uso moderato di essa, che agisce allora solo come alimento di risparmio.

L'anemia e la clorosi non possono certo esser vinte da una cura d'uva, la quale però può riuscir utile per combattere la costipazione frequente in tali casi. Può esser presa 2 o 3 ore dopo un preparato di ferro.

Pochi sono i casi di una attie di fegato possibili a trattarsi con successo colla cura d'uva, ma, avendo essa come derivativo e come emulgente, può essere impiegata con vantaggio nelle stasi epatiche.

Per ciò che concerne la dieta raccomanda l'autore che i pasti seguano a distanza di 3 ore circa l'ingestione dell'uva: il vino deve essere usato molto, per aumentare il latte si può permettere ma non immediatamente prima o dopo dell'uva, che deve preferibilmente essere mangiata con una piccola quantità di pane bianco, che non deve essere troppo fredda e deve essere consumata lentamente.

c. f.

FRANZ. — L'iodipina nell'asma bronchiale e nell'enfisema.- (*Correspondenz Blatt f. Schw. Aerzte*, luglio 1899).

È un preparato nel quale l'iodio trovasi combinato con olio di sesamo e di mandorle, in proporzioni variabili. Quello sperimentato dall'autore, sopra parecchi asmatici ed enfisematici, nel polinario di Halle, sotto la direzione di Wering conteneva il 10% di iodio e veniva somministrato alla dose da 2 a 3 cucchiaini da tè ogni 24 ore. Ad eccezione di un paziente che dopo soli 8 giorni volle smetterne l'uso, perchè molto disgustato, tutti gli altri lo continuarono senza difficoltà. Sopra 13 asmatici che, trattati precedentemente coll'uso di potassio, non avevano mai ottenuto nessun vantaggio o tutt'al più un sollievo momentaneo, l'effetto dell'iodipina fu sempre più o meno favorevole ed in alcuni addirittura sorprendente. Non osservò mai fenomeni d'intossicazione iodica. Due soli pazienti si lamentarono di nausea, e uno di essi arrivò sino al vomito ed alla diarrea, ma in ambedue era dubbio se lo sconcerto fosse dipendente dall'iodipina, perchè mancavano tutti gli altri segni di iodismo. c. f.

I pericoli della caffeina. - (*Semaine med.*, agosto 1899)

L'uso di questo alcaloide è divenuto ormai così generalizzato da non far meraviglia se taluno cerchi di mettere in guardia contro i danni che ne possono derivare. Non è molto il dottor Zénetz pubblica un caso di morte avvenuto in seguito ad arresto del cuore, che egli crede poter riferire alla somministrazione di caffeina. Recentemente il prof. Combeaux ha descritto il caso di una donna colpita d'aplessia delle estremità dopo la somministrazione di questo medicamento. Trattavasi di una donna di 63 anni ammalata di bronchite acuta, per la debolezza cardiaca era stato prescritto un grammo di caffeina ogni 24 ore. Dopo averne fatto uso per 11 giorni fu colta da accessi tipici di aplessia locale delle mani che incominciavano con raffreddamento ed intorizzimento e terminavano in un'ora poco più dopo aver prodotto la cianosi della parte. Cessata la caffeina scomparve il fenomeno.

Bisogna dunque tener presente che questo rimedio, oltre ad essere uno stimolante dell'azione cardiaca, agisce eziandio come vaso-costrittore, e deve quindi esser usato con una certa prudenza nei soggetti di età, specialmente quando esistono i segni di un arterio-sclerosi. c. f.

O. ROSENBACH. **Il cloralo nella cura delle dispesie nervose.** — (*La Semaine médicale*, n. 39, 1899)

Come rimedio interno l'orato di cloralo non è, per solito, impiegato che per combattere sia l'insonnia, sia gli accessi di convulsioni toniche o cloniche — e allora lo si prescrive a dosi più o meno elevate — ma non lo si somministra a titolo di calmante propriamente detto.

Ora un medico di Berlino, il dottor Rosenbach, già professore straordinario di medicina interna alla facoltà di Breslavia, ha trovato che somministrato alla dose minima di 0,10 a 0,20 centigrammi in un mezzo bicchier d'acqua, una o due ore dopo ciascun pasto, il cloralo calma i disturbi risultanti da certe dispesie nervose, come le palpitazioni, l'aritmia del polso, flatulenze e sensazioni d'angoscia ecc.

In tali casi è bene attenersi ad una menzione intermittente: si fa prendere il cloralo per parecchi giorni, poi ne si sospende momentaneamente l'uso per renderlo di nuovo qualche tempo dopo.

E. T.

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

PAALZOW. — **Atrofia muscolare in seguito a lesioni articolari e suo apprezzamento alla idoneità al servizio militare e alla invalidità** — (*Centralblatt für Chir.*, N. 31, 1899).

Dopo che Charcot per il primo manifestò l'opinione che la vecchia teoria sulla atrofia muscolare per inerzia non sia più sostenibile, ma che, per lo meno in molti casi di lesione articolare, spesso anzi di lesioni leggeri, la consecutiva atrofia muscolare sia dovuta alla trasmissione di alterata funzione per le vie nervose dei nervi e più al midollo spinale ed a consecutivi disturbi trofici nei centri, questo modo di vedere si va generalizzando. Paalzow riferisce due nuovi casi in favore di questa teoria, in uno dei quali veramente non si poteva escludere l'attrofia miaofide e l'esagerazione, nell'altro però non era da sospettarsi alcunché di simile.

In tutti e due i casi trattavasi di lesioni al ginocchio, in tutti e due le articolazioni persisteva il dolore non ostante la mancanza di qualsiasi apprezzabile alterazione materiale, ed il dolo era accompagnato da non lieve atrofia del quadricipite. Mediante i movimenti della gamba ed anche col trattamento medico-meccanico, era impedita la atrofia per inerzia; pur tuttavia ciò non valse a prevenire la comparsa di notevole atrofia e di debolezza funzionale dell'arto. Anzi l'atrofia talora s'arrestava con adatto trattamento ma non la diminuzione di forza muscolare.

Non potendosi escludere affatto la possibilità di una atrofia per disuso consecutivo a traumi articolari, queste nuove vedute sulla patogenesi di tali disturbi acquistano una speciale importanza per il medico medico il cui giudizio in rapporto all'abilità deve naturalmente variare a seconda che sarà riconosciuto una o l'altra delle due origini di atrofia. Non si può sconoscere infatti che una atrofia di origine riflessa spinale è un'affezione molto più seria di una semplice ipotrofia muscolare per disuso la quale è più suscettibile di miglioramento e anche di completa guarigione merco opportuna e prolungata cura.

G. OSTINO — Un nuovo metodo per sventare la simulazione di sordità bilaterale — (*Comunicazione presentata al VI congresso internazionale otologico di Londra, agosto 1899*).

L'autore ha voluto indagare sopra una cinquantina di ammalati della clinica oto-rino-laringologica della R. università di Torino (di cui è assistente onorario):

1° in quali malattie d'orecchio ed in quale proporzione si verifichi il fenomeno di Egger;

2° se la lateralizzazione del diapason sia più squisita dalle estremità, che dal vertice, secondo ammette Bonnier;

3° se il fenomeno in parola possa essere impiegato per sventare la simulazione della sordità.

Come è risaputo, il fenomeno di Egger consiste in questo, che se nei sordi si applica il piede di un diapason in vibrazione sopra una sporgenza ossea delle estremità o del tronco, il suono del medesimo viene percepito anche quando fa difetto la percezione uditiva per la via aerea e per quella cranio-timpanica. Questa facoltà è debolmente sviluppata nell'indi-

viduo con udito normale; può educarsi e nei sordi si perfeziona ancora più.

L'autore, dopo aver stabilito la diagnosi nei casi studiati con l'esame funzionale e con quello obiettivo, ricercava la durata della percezione per via solida dall'apofisi mastoidea o dal vertice, dalla rotula e dal polpaccio per il diapason Do, do, do'. Le sue conclusioni sono le seguenti:

1° Nei sani d'orecchi il diapason induttivo sono sentiti come suono dalla rotula per pochi secondi, come semplice sensazione tattile di tremolio sul polpaccio (eccettuato il do', la cui suono udibile a distanza arriva per la via aerea all'orecchio sano). La durata di percezione dalla rotula è maggiore negli individui affetti da otiti medie bilaterali, che in quelli a orecchia normale, dal polpaccio negli stessi individui la durata è di 3" a 7", mentre nei sani non si avverte una sensazione tattile. La stessa durata di percezione del diapason dalla rotula o dal polpaccio è in diretto rapporto con la durata di quella dal vertice e dall'apofisi mastoidea.

Ne le otiti medie unilaterali la durata di percezione ora è maggiore, ora minore, e ciò sa che il diapason venga applicato sulla rotula del lato, che corrisponde l'orecchio malato, sia su quella del lato opposto. Dal polpaccio ora è percepito il suono, ora no. Nelle malattie de l'orecchio interno il suono è quasi sempre sentito dalla rotula, manca per lo più dal polpaccio, la durata di percezione dalla rotula non supera quella dell'uomo sano, però talvolta è uguale alla durata di percezione dal vertice o dall'apofisi mastoidea.

2° Non è confermata l'asserzione di Bolner, che, cioè, col diapason applicato alle ossa della periferia si ottenga una lateralizzazione più decisa, che col diapason vertice. La lateralizzazione dalle ossa dell'estremità avverrebbe, secondo l'autore, solo nei casi, in cui il diapason vertice è lateralizzato tanto dalla linea sagittale del cranio quanto se codocato al di là della medesima. Invece se la lateralizzazione del diapason vertice succede soltanto dalla linea sagittale, il diapason posiziato sulla rotula o sul polpaccio destro e lateralizzato a destra, quello sulla rotula o sul polpaccio sinistro è lateralizzato a sinistra.

3° Dal punto di vista medico-legale, un individuo, che asserisca di sentire dal polpaccio e che riproduca con la voce approssimativamente la tonante dei suoni del diapason bassi Do, do, do', non può essere un simulatore di sordità bilate-

ra e, perchè nei sani questi non sono utili. Per lo contrario il perito non è autorizzato a far mettere la simulazione quando il soggetto in esame nega di sentire il suono del diapason applicati sul polpaccio.

L'individuo, che nega ogni percezione sonora del diapason applicato sulla rotula, nella maggioranza dei casi è un simulatore.

ef

RIVISTA D'IGIENE

Koch. — Sullo sviluppo del parassita della malaria. — Relazione sull'operato della spedizione scientifica per la malaria. — (Rivista sintetica del dott. FRANCESCO TESRI, capitano medico).

In questo momento che può ben dirsi di attività febbrile circa agli studi sulla malaria, è indispensabile per chi voglia conoscere lo stato attuale delle più importanti questioni che ad essa si riferiscono, aver sott'occhio, almeno schematicamente, tutta la serie degli importanti lavori che si sono fatti ultimamente in proposito. La scuola italiana ci dà giorno per giorno studi del più alto interesse, e non ve chi non conosca i recenti lavori del Grassi, del Celli, del Bignami, del Bastianelli, del Dogni nei quali assieme alla giuocata delle scoperte vanno uniti pregi non comuni di esatta e paziente osservazione. A lato però dei nostri osservatori italiani non deve dimenticarsi l'operosità portata anche in questo campo da quell'istituzione della batteriologia che è il prof. Koch il quale da due anni si occupa nell'importante quanto dilettevole argomento.

Già nel fascicolo dell'anno scorso di questo giornale, l'ingegnere e conte colonnello medico dott. Claudio Sforza, rassegnò un lavoro del Koch sulla malaria tropicale frutto degli studi compiuti nell'Africa centrale tedesca. Oggi invece mi permetto io di assumere il compito della recensione di due importanti articoli del Koch comparsi il primo nel *Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten*, Bd. 32, 41, 1899, il secondo nel *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, n. 37, 14 settembre 1899, sperando di far cosa gradita ai colleghi dell'esercito che si interessano di tali studi.

I. — Sullo sviluppo del parassita della malaria.

I capisaldi sui quali poggia l'etiologia della malaria sono: la scoperta del parassita malarico fatta dal Leveran, la scoperta del modo di sviluppo del parassita malarico nell'uomo ammazzato fatta dal Golgi, la scoperta dello sviluppo del parassita malarico nelle zanzare fatte dal Ross.

Dapprima si credette che il parassita malarico fosse organizzato molto semplicemente, si volle assomigliarlo alle amebe, e naturalmente si cercò di trovare le sospette amebe nell'acqua e nel terreno delle regioni malariche. Più tardi, dopo le scoperte del Golgi sullo sviluppo del parassita, si riconobbe la necessità di assegnargli un posto più importante nella sala zoologica, comprendendolo in un gruppo separato di protozoi, affine ma non identico a quello dei coccidi.

Fra i veri parassiti malarici comprendenti determinati caratteri, sono da contarli fra le forme finora conosciute

1° *Il parassita della febbre quartana,*

2° *Il parassita della terzana,*

ambidue sufficientemente caratterizzati per gli studi del Golgi,

3° *Il parassita della febbre dei tropici,*

identico a quello della febbre estivo-autunnale, studiato dal Marchiafava e dai suoi scolari (Certe specie di parassiti come l'*Haemamoeba precoc*, e l'*Haemamoeba immaculata* che possono presentarsi nell'uomo, mancano di una sufficiente caratterizzazione);

4° *Il parassita della forma malarica della scimmia,*

scoperto dal Koch, morfologicamente prossimo a quello dell'uomo, sì, e identico a quello della terzana,

5° *Il proteosoma Grassii* (Labbe),

scoperto dal Grassi nel sangue degli uccelli, e distinto come una specie a parte dal Labbe;

6° *L'Halteridium Danilewsky* (Labbe),

egualmente vivente nel sangue degli uccelli.

Col progredire degli studi, anche derivando fors'anche di numero le specie e vi si potranno aggiungere con tutta probabilità i parassiti trovati dal Kala nel sangue dei buoi, e quelli trovati dal Dionisi nei pipistrelli.

Siccome tutti questi parassiti, benché differenziabili per molti caratteri fra loro, offrono dei punti di analogia in quanto al loro sviluppo in un organismo e in un ospite intermedio,

con quelli della malaria, e siccome è più facile sperimentare sugli animali che sull'uomo, così si ricorse all'esame della malaria negli animali stessi studiando in modo particolare il modo di sviluppo del *Halteridium* e del *Proteosoma*, i due caratteristici parassiti del sangue degli uccelli.

A) *Halteridium*. — Questo parassita si trova in diverse specie di uccelli. Ne sono infetti specialmente i piccioni, tanto i domestici, quanto le numerose specie di piccioni selvatici, trovansi pure frequentemente e abbondantemente invasi da questo parassita i passeri, i fringuelli, le gazze, i piccoli uccelli di rapina. Singolare è la distribuzione geografica dell'*Halteridium*. In quasi tutti i piccioni delle regioni calde (Africa del Sud, Africa orientale, Bombay), e tanto sulle coste come nell'interno dei paesi, si trova l'*Halteridium*. In Italia i piccioni della campagna romana e dei dintorni di Roma ne sono per la maggior parte infetti, quelli della città invece ne sono privi. Nella Germania del Nord, dove negli altri uccelli si trova abbastanza abbondante l'*Halteridium*, non si riscontrano piccioni infetti. Qualche cosa di simile si è riscontrato nei passeri. Fra i passeri della campagna romana si è avuto il 50 p. 100 di infetti dal parassita, in 74 passeri presi nei dintorni di Berlino non si trovò un solo parassita, mentre nella stessa epoca e nella medesima località furono trovati infetti, quasi senza eccezione, i fringuelli.

Un'altra proprietà notevole dell'*Halteridium* è quella di essere refrattario al trasporto da un animale ad un altro. Il prof. Di Mattei, in 83 accurati esperimenti ebbe esito negativo. Anche al prof. Koch gli esperimenti non riuscirono. Però non sono da trascurarsi le ricerche in proposito, si deve continuare ad esaminare un gran numero di uccelli fino a che si sia trovato l'animale adattato. In Germania gli uccelli che più offrono speranza di riuscita, però solo nella stagione calda, sono i fringuelli e le albanelle.

In tutte le ricerche sul sangue degli uccelli si trova quasi sempre il parassita nelle sue forme adulte. Come però avvenga il processo di scissione e quali sieno le forme per cui passa il parassita durante il suo sviluppo endogeno, non è ancora ben noto; le conoscenze in proposito non possono quindi utilizzarsi per l'eziologia della malaria. Invece ci giova assai l'*Halteridium* per la conoscenza di un altro periodo del suo sviluppo, ossia durante i primi stadi del suo sviluppo esogeno.

Per tali osservazioni, si raccomanda di usare sangue di uccello con parassiti abbondanti, in modo cioè che in ogni preparato di sangue si trovino parecchi corpuscoli infetti. In questo caso anche la semplice osservazione di questo sangue allo stato fresco, può portare ad importanti risultati. Kossel però consiglia di preparare una miscela di siero di sangue di uccello, per es. di siero di piccione, con soluzione al 0,6 p. 100 di cloruro sodico, e precisamente nel rapporto di 1 p. 100 di siero e 9 p. 100 di soluzione salina. Di questa miscela se ne porta una goccia sul coprogettino sul quale viene messa una piccola quantità di sangue infetto, circa tanto quanto ne rimane sospesa alla punta di un ago di platino, poi, capovoltto il vetrino sul portaoggetti, si osserva. Il sangue si può inoltre osservare allo stato fresco, in goccia pendente. Non è necessario che il preparato sia mantenuto alla temperatura del sangue circostante, è perfettamente sufficiente la temperatura della stanza.

In un preparato ben riuscito si vedono i movimenti del parassita relativamente rapidi. Esso, dopo pochi minuti, dalla forma allungata passa a quella sferica. A poco a poco, sotto gli occhi dell'osservatore il parassita si fa libero, dopo di esser rimasto per qualche po' di tempo aderente al residuo del globulo rosso. Dopo pochi minuti alla periferia del parassita compaiono 4 ad 8 figure filiformi vivamente mobili, le quali poi si staccano e nuotano nel siero sanguigno.

Questi filamenti o flagelli non compaiono in tutti i parassiti di forma sferica, ma alcuni di questi ne rimangono privi. Questo modo diverso di comportarsi dei parassiti sferici fece nascere il sospetto che si trattasse di un fatto copulativo. Infatti se, specialmente nell'epoca della comparsa dei flagelli, si coloriscono i preparati col metodo di Romanowsky si vedrà subito che si hanno due categorie di parassiti, nell'una cioè si osserva un grosso e compatto corpo cromatinico e il plasma è colorato in bleu pallido, nell'altra si ha un corpo cromatinico piccolo e massato ed il plasma è colorato in bleu scuro. Solo nei parassiti di quest'ultima categoria nascono i filamenti mobili. Questi ultimi, fatti mobili, penetrano nei parassiti della prima categoria. A questo punto, i parassiti nei quali sono penetrati i detti flagelli mutano forma. In una porzione della periferia si forma una sporgenza la quale si fa sempre più pronunciata, finché, a vista d'occhio, si va formando un corpo vermiforme, incurvato a forma di

corneo, il quale sempre più si libera dal corpo globulare che gli ha dato origine fino a che si stacca completamente lasciando quali avanzi del corpo stesso dei piccoli ammassi di pigmento. I vermicoli lasciano vedere tre parti distinte, quando sieno colorati col metodo Romanowsky, e cioè: un corpo cromatinico discretamente grande di un bel color rosso rubino, il plasma colorato in bluastrò, delle lacune rimaste incolori ed irregolarmente distribuite nel plasma, qualche volta nel plasma si trovano anche dei granuli di pigmento so a i quali evidentemente non provengono dall'*Halteridium*. Normalmente però i vermicoli sono del tutto privi di pigmento.

Questi vermicoli hanno movimenti molto limitati. Del loro ulteriore sviluppo nulla si sa; dopo un certo tempo muoiono e si disfanno in masse senza forma.

Analogamente allo sviluppo del proteosoma, è da supporre che gli ulteriori mutamenti dell'*Halteridium* debbano aver luogo in un ospite intermedio. In ogni modo lo studio dell'*Halteridium* dimostra che i parassiti della malaria accanto alla moltiplicazione semplice endogena per scissione possiedono anche una moltiplicazione esogena determinata da un processo sessuale di grado abbastanza elevato, e che in avvenire non si dovrà più parlare di corpi flagellati dei parassiti malarici, ma di parassiti femmine e maschi, questi ultimi, pronuncianti gli spermatozoi destinati alla fecondazione dell'elemento femminile.

Analoghi risultati di osservazione furono ottenuti dal Simund, dal Sakharow, dal Danilewsky, dal Mac Callum.

B) *Proteosoma* — Il *Proteosoma* è acilmente differenziabile dall'*Halteridium*, almeno nelle sue forme sviluppate. Mentre questo non è in grado di scacciare dal suo posto il nucleo dei corpuscoli rossi e sostituirvisi, il *Proteosoma* invece, appena cresce, caccia dal suo posto il nucleo il quale si mette di traverso ad uno dei poli del globulo rosso. Si ha così una forma caratteristica la quale è solo propria dei corpuscoli sanguigni infetti dal *Proteosoma*.

Il *Proteosoma* è stato finora osservato solo nelle regioni meridionali. In Germania la sua esistenza è dubbia. Nella campagna romana l'infezione degli uccelli per parte del *Proteosoma* non è molto estesa. Gli uccelli riscontrati maggiormente infetti e tutti provenienti da pochi e determinati luoghi, furono i cardellini e i passeri.

In vista della difficoltà di procurarsi uccelli infetti da *Pro-*

leosomi, se ne sperimentò la trasmissibilità da uccello a uccello inoculando sangue infetto diluito a vario grado. I passeri e i cardellini sono suscettibili alla trasmissione, in alto grado poi i canarini. Lo stadio d'incubazione dura 4 giorni; l'incubazione della malattia generale non sorpassa il 14° giorno; dopo 3-4 settimane si ha la guarigione. I piccioni ed altri uccelli sono refrattari.

Siccome nei canarini specialmente, la malattia si mostra con periodi ben netti, si tentò in essi studiare la questione dell'immunizzazione. Praticata, in parecchi dei medesimi, dopo 4 settimane dalla prima iniezione artificiale, una seconda iniezione di sangue ricco di Proteosomi, nella maggior parte dei medesimi, non si manifestò alcuna reazione morbosa, ed il sangue non mostrò mai l'esistenza dei parassiti.

Quando si esamina il sangue di un uccello infetto da Proteosomi, si trova di solito nel sangue il parassita in tutti gli stadi del suo sviluppo endogeno, dai più piccoli parassiti i quali sotto forma di un corpuscolo l'asiniideo di forma rotonda od ovale giacciono presso il nucleo del corpuscolo sanguigno, fino ai parassiti interamente sviluppati i quali hanno cacciato il nucleo dal suo posto.

La colorazione col metodo di Romanowsky mette in rilievo anche le forme più giovani le quali sono provviste di un nucleo cromatinico proporzionalmente grande, mentre i parassiti più adulti, possono essere assomigliati per le grossezze e per l'apparenza ai parassiti della terza e della quarta nell'uomo.

Assai frequentemente si trova nel sangue il parassita nel più alto grado di sviluppo endogeno, cioè in scissione. Questo si riconosce da ciò che il pigmento, prima distrutto uniformemente nella sostanza del parassita, si coagula, mentre il plasma si divide regolarmente in 4, in 8, in 16 parti delle quali ciascuna è composta di una piccola porzione di cromatina e di una porzione appena percettibile di plasma.

Lo sviluppo esogeno del Proteosoma non si può seguire così facilmente come nell'*Halteridium*. Si può bensì in zoccola pendente osservare lo sviluppo degli spermatozoi, ma non si può osservare né la circolazione né la formazione dei corpi vermiformi.

Nacque allora, a questo proposito, il dubbio che l'ultimo sviluppo di questo parassita avesse luogo in un ospite intermedio. Si unirono assieme molti ma zanzarari e uccelli infetti

e zanzare uscite allora dallo stato di larva per esser sicuri che non fossero infette, e si osservò infatti che nella zanzara il *Proteosoma* compie il suo sviluppo fino ai corpi vermiformi i quali si originano come nell'*Halteridium*. È da osservarsi però che fra le diverse specie di zanzare, una si la punge gli uccelli e li infetta, e cioè il *Culex nemorosus*.

I corpi vermiformi sviluppati sono quasi uguali a quelli dell'*Halteridium*. Qui però subiscono un ulteriore sviluppo. Essi trovansi nello stomaco della zanzara fino a 48 ore dopo che la zanzara ha succhiato, poi non si trovano più, ed in loro vece si vedono delle figure globulari, trasparenti le quali generalmente contengono un nucleo pigmentato disposto a forma circolare. Nei giorni seguenti questi corpi si fanno sempre più grossi, il loro contenuto si fa granuloso e si converte, nello spazio di 6 o 7 giorni, in abbondanti germi falciiformi. Questi grandi corpi globulari, i quali sono ripieni di germi falciiformi e li hanno tutto l'aspetto di globuli coecidici, quando questi trovansi nel medesimo stadio, scoppiano evidentemente per l'aumentato stato di maturazione, ed allora i germi semilunari fattisi liberi si depositano poi nella ghiandola del veleno, specialmente nel suo corpo centrale.

All'esempio del Ross, il quale ebbe risultati positivi anche il Koch ha tentato di trasportare i germi semilunari dalla zanzara agli uccelli, ma l'esperimento non riuscì che due volte. Nondimeno è da ritenersi come certo che questo trasporto retrogrado del parassita dall'ospite intermedio a l'uomo avviene così. Non si può però escludere la possibilità che i parassiti possano anche per altre vie trarre il loro sviluppo esogeno. Ad es. non si è potuto ancora dimostrare se sia possibile che i germi semilunari sieno depositi non solo nella ghiandola velenosa, ma anche nelle uova per poi passare nelle larve e in una successiva generazione di zanzare.

Volgendo ora uno sguardo generale a tutto lo sviluppo del parassita malarico così bene rilevato dalle osservazioni sul *Halteridium* e sul *Proteosoma* le quali si completano a vicenda, si può formare il seguente schema:

1. Giovannissimi parassiti sotto forma di un corpo cromatinico al quale è unnessa una quantità minima di plasma. Nessun aumento. Essi vivono dentro e sopra i globuli rossi.
2. Parassiti a metà sviluppo. Il plasma è aumentato notevolmente in confronto alla cromatina. Deposizione di pigmento.

3. Parassiti a completo sviluppo. Aumen- to di rotondità, di plasma e di pigmento.

4 a. Divisione in un certo numero di giovani parassiti con separazione di pigmento.

I giovani parassiti incominciano di nuovo il loro ciclo.

Sviluppo endogeno

4 b. Separazione del parassito dai globuli rossi. Differenzia- mento dei parassiti in individui maschili e femmine.

Qui comincia lo *sviluppo e- sogene* nell'ospite intermedio.

5. Fecondazione nello stomaco dell'ospite intermedio.

6. Trasformazione del pa- rassita femminile fecondato in corpi vermiformi.

7. Migrazione dei vermi- coli attraverso la parete ga- strica e trasformazione in glo- bicini coccid formi.

8. Formazione del germe talcoforme nei globuli.

9. Deposizione del germe talcoforme maturo e diventato libero, nella ghiandola vele- nosa (eventualmente in altri organi dell'ospite?).

10. Trasporto del giovine parassita mediante la pun- tura dell'ospite intermedio nell'ospite proprio.

3. *I parassiti nella malaria dell'uomo.* — In quanto allo sviluppo en logeno dei parassiti della malaria umana, le espe- rienze del Koch non hanno trovato nulla da aggiungere a quanto osservarono e descris- sero il Go gi in rapporto ai pa- rassiti della terzana e della quartana, e il Marchi fuva in rap- porto ai parassiti delle febbri estivo-autunnali. Egli però, con- trariamente agli osservatori suddetti i qua i hanno esaminato il sangue fluido allo stato fresco, ha impiegato sempre prepa- rati disseccati e colorati, scegliendo di preferenza il metodo d. Romanowsky col quale, con assoluta certezza, si esclude ogni dubbio sulla natura dei parassiti.

Nei suoi preparati il Koch trovò che le giovani forme dei parassiti della terzana e della quartana hanno forme d. anche

simili ai parassiti ingranditi della malaria tropicale. In genere però presso agli anelli della terzana e della quartana si trovano speciali parassiti pigmentati i quali possono assicurare la diagnosi. Nei preparati colorati, i parassiti della malaria tropicale appaiono generalmente senza pigmento. Solo nei casi più vecchi, a lungo decorso, si incontrano parassiti anulari il plasma dei quali presenta un tono di colore più fortemente brunoastro da giudicarli quali pigmento diffuso, il che però non sempre avviene. Questo pigmento si presenta quando i parassiti sono in via di scissione, oppure quando sono morti. Si può a volontà preparare i parassiti della malaria tropicale con o senza pigmento a seconda che il sangue immediatamente dopo l'uscita viene steso in sottilissimo strato e rapidamente essiccato nel suo stato naturale, oppure si lascia prima per un certo tempo in un portaoggetti incavato. Pel Kott i parassiti della febbre estivo-autunnale, secondo i suoi analoghi a quelli della malaria dei tropici, provvisti di nucleo pigmentato, sarebbero prodotti artificiali, questo nucleo pigmentato non si troverebbe che rarissimamente nei parassiti in via di scissione.

Mentre è sufficientemente noto lo sviluppo endogeno dei parassiti della malaria dell'uomo, si sa ancora poco circa allo sviluppo esogeno. In perfetta concordanza con ciò che avviene nell'*Halteridium*, si segue lo sviluppo del parassita fino alla formazione dei corpi flagellati o provvisti di spermatozoi, ma non è possibile conoscere il consecutivo stadio, quello cioè delle forme vermicolari. Tutti gli sforzi per portare i corpi flagellati nello stomaco delle zanzare fino allo stadio di vermicoli e viceversa sono rimasti infruttuosi. Fatto succhiare il sangue molto ricco di corpi flagellati da diverse specie di zanzare fra le quali il *Culex nemorosus* e l'*Anopheles maculipennis*, si vide sempre che i parassiti malarici, invece di trasformarsi in vermicoli, cadevano in sfacelo. Ben è vero che nelle zanzare, e specialmente nell'*Anopheles maculipennis*, si trovarono spesso germi falciformi nella ghiandola del veleno, ma questi non apparirebbero all'ordine di sviluppo dei parassiti malarici dell'uomo giacchè le zanzare in parola in parte provenivano da regioni non malariche, in parte erano state bene prese in regioni malariche, ma in stagione fredda.

Questo stato di cose dovrebbe render cauti nel considerare senz'altro quali parassiti della malaria umana tutte le forme di parassiti coccidici e di germi falciformi che eventualmente

si trovano nelle zanzare. Non si può essere autorizzati a ciò se prima non si sarà riusciti a mettere in chiaro, con osservazioni esatte, tutto il ciclo evolutivo come per il protozoma.

II. Relazione sull'operato della spedizione per la malaria.

Soggiorno a Grosseto dal 25 aprile fino al 1° agosto 1899.—

La spedizione inviata dal governo tedesco per le ricerche sulla malaria, composta del prof. Koch, del prof. Frosch, e del capitano medico dott. Oldwz, compi i suoi studi a Grosseto nella maremma toscana. Firono messi a disposizione della medesima tutti gli ammalati dell'ospedale, come anche i numerosi casi della pratica privata del dott. Pizzetti, ufficiale sanitario di Grosseto.

Tutti gli individui i quali erano stati indicati come ammalati o sospetti di malaria, vennero esaminati subito in quanto all'esistenza dei parassiti malarici, e solo quelli nei quali furono constatati i parassiti, si calcolarono come casi di malaria. Fra le numerose osservazioni praticate non vi fu un solo caso nettamente caratterizzato nel quale non si sia riusciti a constatare la presenza del parassita.

Quando colla ricerca dei parassiti la diagnosi era sicura, venivano ulteriormente esaminati i singoli casi colla maggior esattezza possibile per determinare se trattavasi di una recidiva dell'anno avanti, o di un caso sviluppatosi nell'anno in corso. In quest'ultimo caso si procedeva a l'ispezione della locanda nella quale l'ammalato con tutta verosimiglianza si era infettato.

Gli studi sulla malaria ebbero principio al 25 aprile e si estesero fino al 1° agosto su 60 individui dei quali 48 avevano sofferto con certezza la malaria. Di questi casi di malaria, 281 entrarono all'ospedale dove furono osservati nel modo più completo, facendo frequenti esami del sangue, prendendo la temperatura ogni tre ore, e praticando ogni altra relativa indagine anche dal lato terapeutico.

Nelle prime osservazioni apparve chiaro che non trattavasi di casi totalmente freschi. Salvo isolate eccezioni, dichiaravano gli ammalati che la loro malattia datava dall'estate del 1898. Soltanto in un'epoca ben determinata, improvvisamente, e in gran quantità comparvero i casi veramente freschi, e così avvenne che dal 25 aprile al 23 giugno su 59

casi nell'ospedale, solo 5 ebbero l'apparenza di casi freschi, che nelle ultime 5 settimane prima del 23 giugno ricoverarono solo 26 malarici, tutti recidivi, e che nelle prime 5 settimane dopo il 23 giugno si ebbero 222 malarici dei quali solo 17 recidivi.

Contrariamente alle idee degli autori italiani, il Koch, in base alle sue osservazioni, ha escluso che in Grosseto esistano le forme delle così dette febbri primaverili. Secondo lui, tutti i casi di febbre originano primitivamente al principio della stagione calda, cioè verso la fine di giugno e il principio di luglio. Tutto quello che si osserva prima di questa stagione, sarebbe dato la recidive dell'anno precedente. È da osservarsi inoltre che quegli animali i quali poterono fornire sicure indicazioni circa all'inizio della loro antica infezione malarica dichiararono di averla incontrata nei mesi dal giugno all'ottobre dell'anno precedente.

Risulta dunque che il tempo durante il quale si sviluppa l'infezione malarica è proporzionalmente breve non comprendendo che i soli mesi di luglio, agosto e settembre, fatto questo della massima importanza per combattere la malaria, e precisamente per le seguenti ragioni.

Tutte le precedenti esperienze hanno indicato con precisione che i parassiti della malaria fuori dell'uomo possono vivere solo in determinate specie di zanzare. In queste ultime però essi possono arrivare a svilupparsi solo nella calda stagione, rimanendo così 8-9 mesi durante i quali i parassiti sono ridotti ad esistere soltanto nel corpo umano.

Ricorrendosi, per numerose osservazioni praticate in proposito, che nel sangue di molti animali si trovano bensì parassiti simili a quelli della malaria, ma facilmente e con sicurezza differenziabili da quelli dell'uomo, l'uomo stesso rimane dunque l'unico ospite di questi parassiti specifici, il trasporto dei quali si fa solo nella stagione estiva col mezzo delle zanzare. Dato ciò, occorre necessariamente che le zanzare trovino i parassiti da trasportare. Orbene, quando arriva la stagione calda, sono ancora tante le recidive di malaria che può benissimo la queste in ogni tempo e in ogni quantità avervi del materiale da infezione. Queste recidive rappresenterebbero così in certo qual modo l'anello di congiunzione, il passaggio fra la stagione febbrile di un anno con quella dell'anno susseguente. Se fosse possi le rompere questo anello di congiunzione sarebbe impedita la rin-

novazione dell'infezione, e la malaria a poco a poco scomparirebbe in queste regioni.

Il mezzo per un la procedere contro la malaria ci è dato dal chinino il quale dovrebbe essere usato in modo da impedire possibilmente le recidive. Alla recidiva infatti si dovrebbe dare un'importanza assai maggiore di quello che non siasi fatto finora, considerandola come un pericolo permanente per la diffusione dell'infezione.

In accordo con queste idee sul modo d'infezione della malaria si manifestò la distribuzione topografica della malaria nella città di Grosseto e nelle isolate abitazioni del circondario. I casi di malaria infatti non erano aggruppati in modo conforme alle condizioni più o meno cattive di ogni singola località, ma si notavano molteplici focolai di malaria ugualmente distribuiti. Paesi i quali presentavano sfavorevoli condizioni topografiche erano liberi di malaria, mentre altri in condizioni migliori mostravano distinti focolai malarici. In casi speciali si pote anche constatare in mezzo a un determinato focolaio e viceversa recidive di malaria dalle quali verosimilmente era incominciata l'infezione. Anche i rapporti fra persone sembrarono avere una parte occasionale, giacchè i singoli alloggi nei quali annuali i di malaria avevano pernottato, si mostrarono come centro di gruppi noiosi.

Circa alle diverse specie di malaria, rarissime furono osservate le forme di quartana, solo 15 casi su 408 ammalati di malaria. La terzana fu rappresentata da 202 casi (tra questi 106 recidivi dell'anno decorso e 96 casi di infezione fresca). Nel maggior numero dei casi si trattò di una coppia terzata. Delle febbri così dette estivo-autunnali se ne osservarono 104 casi, dei quali 151 freschi.

Questi ultimi furono oggetto di particolare interesse giacchè confermarono pienamente l'opinione già espressa nell'anno precedente, che cioè la così detta febbre estivo-autunnale è identica alla malaria dei tropici.

La cura dei malarici si fece somministrando a ciascuno durante le intermissioni nelle febbri estivo-autunnali allora soltanto quando apparivano i grandi parassiti aneliformi. In questo modo non fu perduto uno solo dei 281 ammalati curati all'ospedale.

Le terzane, anche doppie, decorrevano di solito senza complicazioni. Di regola bastavano due dosi di chinino, 1 grammo per volta, per troncare gli accessi del tutto e per lungo tempo.

Le febbri tropicali fresche invece facevano l'impressione di una malattia seria e pericolosa. Gli ammalati erano per lo più portati all'ospedale con febbre molto alta, col sensorio depresso e coi pronunziati sintomi tifoosi. Il chinino doveva in queste forme prendersi in dose assai più alta, fino a 2 grammi. Solo in pochi casi, cioè nei bambini e quando si aveva vomito istintivo, si ricorreva alla somministrazione per via ipodermica. Nel massimo numero degli ammalati si continuò, per assicurare la definitiva guarigione, nell'uso del chinino dando ogni 10 giorni 1 grammo di chinino.

E da menzionarsi anche l'osservazione di un caso di emoglobinuria in un giovane nel quale fu constatata, in seguito ad opportuna anamnesi, una congenita disposizione a questa forma morbosa dopo l'ingestione del chinino.

In quanto all'eziologia della malaria in rapporto alle zanzare, gli esperimenti confermarono le precedenti cognizioni, in proposito.

Le ricerche su questo punto presero le mosse dall'ipotesi che se le zanzare hanno una parte importante nell'infezione malarica, esse debbono trovarsi dove si presenta tale infezione.

Furono perciò, come si disse, esaminate le abitazioni nelle quali erano presentati casi freschi d'infezione circa alla esistenza delle zanzare, ed in molti luoghi, anche avanti alla comparsa dei primi ammalati freschi di malaria, si presero informazioni circa alle specie delle zanzare che compaiono in quei luoghi, specialmente nelle abitazioni. I risultati furono i seguenti.

La maggior parte delle zanzare osservate in Italia si trovano anche nelle maremme toscane. Non si trovano specie particolari in qualche regione. Per l'eziologia della malaria si considerano solo quelle specie che trovansi nelle abitazioni e in modo speciale nelle camere da letto non essendo, nelle abitudini degli abitanti di questi luoghi, l'usare l'aperto.

In causa della temperatura notturna relativamente bassa e per timore della malaria, gli abitanti cercano ogni notte un ambiente chiuso o almeno provvisto di letto. Solo in casi eccezionali dichiararono gli ammalati di aver dormito all'aperto nel tempo in cui esisteva l'infezione. Zanzare le quali passero il giorno se ne presentavano poche o niente del tutto. L'infezione avviene quindi di notte e nelle abitazioni.

Solo pochissime specie di zanzare furono trovate nelle abitazioni. Quasi regolarmente se ne contarono 4 specie: il *Culex nemorosus*, il *Culex pipiens*, l'*Anopheles maculipennis* ed una specie di *Phlebotomus* (1). Qui soltanto, le punture del quale sono assai dolorose, si mostrava per primo ai primi calori dell'estate, coincidendo la sua comparsa col principio della stagione delle febbri. Malgrado ciò non è da ritenersi in rapporto colla malaria, giacchè mai presentò tracce di parassiti. Anche il *Culex nemorosus* non pare sia in rapporto colla malaria. Rimangono perciò soli a considerarsi il *Culex pipiens* e l'*Anopheles maculipennis*.

Il *Culex pipiens* non mancò quasi mai. Esso andò aumentando nell'estate il numero e si diffuse localmente. In 49 abitazioni della città di Grosseto mancò solo per eccezione, e tal dove pareva mancare se ne trovarono in gran quantità le larve nei dintorni. In una casa fortemente colpita dalla malaria, si trovò un *Culex pipiens* coi caratteristici germi falciformi nella ghiandola salivare.

L'*Anopheles maculipennis* comparve pure in gran copia nelle località molto infette e riuscì in 7 esemplari provenienti da due diversi casi, di trovare i corpi e i cefalotrombi e i germi falciformi, oltre agli speciali corpi bruni descritti dal Ross. Siccome però in moltissimi casi non fu possibile trovare parassiti, ad onta delle più accurate osservazioni, il Koen venne nell'opinione che l'infezione malarica non sia causata esclusivamente dagli *Anopheles*, ma che vi prendano parte tanto l'*Anopheles maculipennis*, quanto il *Culex pipiens*.

Contro l'opinione che le menzionate zanzare siano in relazione colla malaria, si eleva senza dubbio l'obiezione che le medesime segnatamente l'*Anopheles*, si trovano non solo durante la stagione delle febbri, ma durante tutto l'anno, e che esse pungono pure nella stagione fredda senza produrre la malaria. Quanto però si pensa che i parassiti della malaria nel corpo delle zanzare hanno bisogno, come dimostrano le ricerche sui protozoini, di un certo grado di calore per

(1) Questo dittero non appartiene ai Culicidi. Esso forma un genere a parte col nome di *Phlebotomus*, genere distinto nella *Dipterologia italiana* dei Rondani con questi caratteri: *antennae plurimesae, non multififormes; palpi articulo ultimo satis longiore vel longissimo*. Probabilmente qui si tratta del *Phlebotomus papatasi* non descritto dal Coquillett, ma descritto da De Meillon. Sarebbe il comune papulucci o serapica.

loro ulteriore sviluppo, la contraddizione diviene solo apparente giacchè le zanzare stesse nelle basse temperature, quando cioè i parassiti presi col sangue succhiato non riescono a maturazione, sono innocue, mentre divengono pericolose appena la temperatura esterna è salita così alta da far maturare i parassiti.

Per avere una prova di ciò, il Koch ha seguito le condizioni della temperatura in queste regioni non solo nell'anno in corso, ma anche per un certo numero di anni precedenti, e paragonando l'andamento della temperatura con quello della malaria, riscontro che l'improvviso scoppio della malaria avviene di regola circa tre settimane dopo che la massima temperatura raggiunse permanentemente i 27 centigradi ed oltre. In queste condizioni, la temperatura interna degli ambienti e alla notte fra i 24° e i 25°, temperatura che è l'ottima per lo sviluppo dei protozoi, e che per analogia dovrà anche essere l'ottima per quello dei parassiti della malaria umana.

Ammesso poi che i parassiti per il loro completo sviluppo nelle zanzare abbiano bisogno di 8-10 giorni, e che quando alcuno è stato punto da una di queste zanzare infette, esso vien preso dall'accesso febbrile soltanto dopo un periodo di incubazione di circa 10 giorni, è naturale che il periodo di tempo così ottenuto di circa 20 giorni fra l'infezione della zanzara e la comparsa della febbre in un uomo punto dalla medesima, debba corrispondere al tempo che intercede fra il principio della temperatura massima di 27° e lo scoppio dell'epidemia malarica.

Che tali considerazioni e tali calcoli abbiano una sicura base risulta da ciò che le mentovate osservazioni nei germi semilunari ne le ghiandole velenose delle zanzare riescono positive solo durante la stagione calda, mentre nella precedente fredda, per quanto si sieno osservate zanzare della medesima specie, non si riscontrò nulla di simile.

Il Direttore

Dott. F. LANDOLEI, colonnello medico ispettore.

Il Redattore

D.^o RIDOLFO LIVI, capitano medico.

GIOVANNI SCOLARI, Gerente.

RIVISTA DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE.

Ehrmann. — Il tannoformio nelle malattie cutanee	<i>Pag.</i> 4097
Sorrentino. — Contributo allo studio delle alterazioni del sangue nella sifide, e specialmente in rapporto all'alcalinità, all'isotomia ed al peso specifico	4097
La medicazione all'alcool nelle psoriasi	4098

RIVISTA DI TERAPEUTICA

Castinel. — I clisteri di permanganato potassico nella dissenteria	<i>Pag.</i> 4099
Maquer. — Gli effetti e le indicazioni della cura d'uva	4100
Fress. — L'iodipina nell'asma bronchiale e nell'enfisema	4102
I pericoli della caffeina.	4102
Rosenbach. — Il clorasio nella cura delle dispepsie nervose	4103

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE.

Paulow. — Atrofia muscolare in seguito a lesioni articolari e suo apprezzamento alla idoneità al servizio militare e alla invalidità	<i>Pag.</i> 4403
Ostino. — Un nuovo metodo per sventare la simulazione di sordità bilaterale	4404

RIVISTA D'IGIENE.

Koch. — Sullo sviluppo del parassita della malaria. — Relazione sull'operato della spedizione scientifica per la malaria	<i>Pag.</i> 4406
---	------------------

GIORNALE MEDICO

DEL REGIO ESERCITO

Direzione e Amministrazione: presso l'Ispettorato di Sanità Militare
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra)

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO.

Il *Giornale Medico del R. Esercito* si pubblica l'ultimo giorno di ciascun mese in fascicoli di 7 fogli di stampa.

L'abbonamento è sempre annuo e decorre dal 1° gennaio.

Il prezzo dell'abbonamento e dei fascicoli separati è il seguente.

	Abbonamento annuo	Un fascicolo separato
Regno d'Italia e Colonia Eritrea L.	12 —	1 40
Paesi dell'Unione postale (tariffa A)	15 —	1 30
Id. Id. Id. (id. B)	17 —	1 60
Altri paesi	20 —	1 70

L'abbonamento non disdetto prima del 1° dicembre s'intende rinnovato per l'anno successivo.

I signori abbonati militari in effettività di servizio possono pagare l'importo dell'abbonamento per mezzo dei rispettivi comandanti di corpo (anche a rate mensili).

Agli scrittori militari è dato in massima un compenso in danaro.

Le spese per gli estratti e quelle per le tavole litografiche, fotografiche, ecc., che accompagnassero le memorie, sono a carico degli autori.

Gli estratti costano L. 7 per ogni foglio di stampa (16 pagine), o frazione indivisibile di foglio, e per cento esemplari. Il prezzo è eguale sia che si tratti di 100 esemplari o di un numero minore.

I manoscritti non si restituiscono.

GIORNALE MEDICO

DEL

REGIO ESERCITO

Anno XLVII

N. II. — 30 Novembre 1899

ROMA

TIPOGRAFIA ENRICO VOGHERA

Gli abbonamenti si ricevono dall'Amministrazione del giornale
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra).

15 DIC 99

SOMMARIO

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE FASCICOLO

MEMORIE ORIGINALI

Melo. — Alterazioni organiche e disturbi funzionali del cuore e dei vasi prodotti dall'abuso del ciclismo	Pag. 114
Apralo. — Il metodo anatomico del Bassini per la cura radicale dell'ernia crurale	119

RIVISTA DI GIORNALI ITALIANI ED ESTERI.

RIVISTA MEDICA

Oster. — La meningite cerebro-spinale epidemica	Pag. 110
Brügelmann. — Asma e tubercolosi, breve contributo allo studio dell'asma	116
Ebstein. — L'associazione dell'epilessia (o di accessi epilettiformi) col diabete mellito (o glicosuria).	116
Schultes. — Stitichezza abituale guarda con la cura dell'olio	115
Kohler. — L'importanza diagnostica dell'affezione dell'epiglottide nel tifo addominale	116
Bernhardt. — Circa la così detta paralisi recidivante del facciale	116
Naamé. — Traumatismo e sua importanza occasionale e localizzatrice in un alcolista	117
Rudis. — I raggi X nella diagnosi della tubercolosi polmonare	117
Bilvestri. — Sulla cura dello scorbuto con l'ipofosfito di calcio	118

RIVISTA CHIRURGICA.

Trendelenburg. — Sull'estirpazione della milza in seguito a lacerazione da contusione addominale e sulla laparotomia in genere in tali contusioni	Pag. 110
Kausch. — Pilonoplastica e gastroenterostomia	115
Krabbel. — Estirpazione della milza per rottura sottocutanea dell'organo.	116
Bier. — Esperimenti sopra la coccinizzazione del midollo spinale	117
Zeldier e Seldavitch. — Valore pratico della coccinizzazione del midollo come processo di anestesia chirurgica	117
Brunner. — Cura lei ulcera della gamba col carbonato di soda.	118
Möbius. — Circa l'operazione nel morbo di Basedow	118

(Per la continuazione dell'indice vedasi la pagina 3^a della copertina).

**ALTERAZIONI ORGANICHE
E DISTURBI FUNZIONALI DEL CUORE E DEI VASI
PRODOTTI DALL'ABUSO DEL CICLISMO**

Per il dott. **Ascanio Mele**, capitano medico

Si può dire senza tema di errare che il divertimento più in voga oggi è il ciclismo. La facilità colla quale si percorrono distanze grandissime con un mezzo che il ciclista ha sempre a propria disposizione, e con uno sforzo che diventa sempre minore quanto più l'esercizio si ripete; la poca difficoltà colla quale s'impara a servirsi della macchina, ed i pochi pericoli apparenti ai quali espone l'uso di essa; il prezzo sempre più mite e le tante facilitazioni nel pagamento per il grandissimo sviluppo che ha avuto in pochi anni l'industria della costruzione de' velocipedi, fanno sì che fra tutti gli esercizi del corpo venga dai più preferito questo che quasi minaccia di pigliare il posto di tutti gli altri. Ed è tale l'attrattiva che esso esercita su tutti, che non solamente i giovanisi danno ad esso con passione, ma gli uomini bensì di età matura, i quali da gran tempo avevano rinunciato a qualunque esercizio corporeo che importasse uno sforzo, e le donne, delle quali molte tra di noi non erano ancora riuscite a vincere la naturale ritrosia per questo genere di divertimenti, ora si danno volentieri al ciclismo, e spesso con tanta foga, che molti de' mali prodotti dell'abuso di esso riguardano appunto queste ultime classi di persone.

Ma il ciclismo non si esercita solamente per divertimento, esso è anche un mestiere, potendo servire come mezzo di comunicazione, oppure assumendo la forma di atletismo nei corridori.

Finalmente un altro scopo può avere questo esercizio, ma in verità il meno frequente, ed è quello curativo, potendo esso riuscire giovevole in tutte quelle malattie nelle quali il moto all'aria aperta può essere indicato.

Siasi qualunque il fine per il quale il ciclismo si esercita, certo è che esso importa una fatica, nella quale spesso si eccede più che in qualunque altro esercizio, o per il piacere che esso produce, o per l'allenamento alle gare di velocità, nelle quali si è giunti ad un limite che parrebbe impossibile raggiungere (1), o perché l'eccesso è relativo alle condizioni di chi vi si espone. Dei mali appunto prodotti da questo eccesso di fatica, e non dall'esercizio in se stesso, che contenuto entro certi limiti può riuscire salutare, io intendo parlare, limitandomi solamente ai disturbi organici e funzionali del cuore e dei vasi, che sono i più frequenti ed i più gravi.

Ordinariamente il ciclismo si comincia da giovani, ma in questi ultimi tempi va prevalendo sempre più l'abitudine di far cominciare questo esercizio in un'età sempre più tenera, e non è infrequente vedere dei bambini anche al disotto de' sette anni correre in biciclette, che l'industria costruisce appositamente per loro, secondando e favorendo questa tendenza. Finora non è trascorso tanto tempo da poter constatare i mali prodotti da un esercizio così precoce, ma certamente esso ne deve produrre, e non di poca entità, sia perchè la mancanza di moderazione è caratteristica di quell'età, e quindi l'abuso è più facile, sia perchè le alterazioni che si

(1) Il ciclista inglese Waters ha percorso mille chilometri in 23 ore, due minuti primi, cinquanta secondi e $\frac{1}{5}$.

svolgono nei giovani, e che vedremo fra poco, trovano un terreno ancora più adatto in quel periodo della vita.

Per ora limitiamoci a ripetere quello che dice l'Herschell (1) a questo riguardo, pur aspettandoci a dover rilevare seri mali dipendenti da questo metodo di educazione fisica in un avvenire più o meno lontano: « quando permettiamo ad un fanciullo di percorrere lunghe distanze in velocipede, noi compiamo un esperimento fisiologico che, quantunque possibilmente interessante da un punto di vista scientifico, è estremamente ingiustificabile ».

Ma consideriamo il caso più frequente ed osserviamo quello che avviene nel giovinetto tra i quindici ed i venti anni in sul principio della sua carriera ciclistica.

Ognuno che sia andato in bicicletta sa che questo esercizio in sul principio è abbastanza faticoso, sia perchè manca quella esatta coordinazione fra i diversi gruppi muscolari, come avviene sempre nel cominciare qualunque esercizio corporale, onde si ha grande dispersione di forza; sia perchè, nel suo ardore di neorito, il ciclista principiante mette di forza molto più di quella che è necessaria. E cominciano così i primi affaticamenti, i quali in verità sono di breve durata, perchè ben presto i muscoli degli arti inferiori esauriscono la loro forza in quei movimenti insoliti, ed il novizio è obbligato suo malgrado a frequenti riposi. Ma dopo poche lezioni, queste prime difficoltà diminuiscono di molto o cessano del tutto, ed il neo-ciclista si sente già sicuro di sé sulla sua macchina, i suoi muscoli cominciano a non stancarsi più facilmente, egli esce dal cortile o dalla pista per avventurarsi nella strada maestra; le distanze percorse diventano sempre maggiori; la velocità aumenta tutti i giorni, lo spazio si divora con vo-

(1) *Cycling as a Cause of Heart Disease*

luttà... la passione del ciclismo è sorta. E allora cominciano le gite a grandi distanze, e spesso superando forti pendenze, con velocità sempre più vertiginosa; cominciano le gare audaci, spesso insensate, nelle quali si mette un amor proprio eccessivo, con una sovraeccitazione propria dell'età; cominciano gli allenamenti faticosi per imprese sempre maggiori, poichè la fantasia giovanile, stimolata dalla lettura delle gesta prodigiose che una stampa speciale va esaltando, fa credere ad ognuno di poter diventare un *campione* se non pur *mondiale*, almeno di qualche parte del mondo;... e allora cominciano i primi disturbi da parte del cuore.

Esaminiamo quello che accade negli apparecchi della circolazione e della respirazione durante una di queste corse sfrenate.

Sino a che lo sforzo non è eccessivo, nè dura da troppo lungo tempo, si ha un equilibrio perfetto nella idraulica cardiaco-polmonare, e la eguale quantità precisa di sangue che dal ventricolo destro va nel polmone viene dal polmone al seno e poi al ventricolo sinistro nella unità di tempo: non vi è la minima differenza tra la circolazione aortica e la polmonare. Questo stato di cose persiste anche quando, perdurando l'esercizio, gli atti respiratorii ed i battiti cardiaci aumentano di frequenza sino ad un certo punto, sino al punto cioè che non vi è ansia respiratoria, perchè l'ossigeno fornito al sangue è esattamente sufficiente ai bisogni dell'organismo.

Ma l'esercizio continua, e qualche volta diventa più faticoso per una salita da superare, o per la necessità di fare una cosiddetta *volata*, e la combustione organica, e la produzione dell'acido carbonico aumentano sempre più. Il numero degli atti respiratorii e de' battiti cardiaci cresce ancora... ma arriva un momento in cui si produce tanto acido carbonico che il sangue si carica di esso più prestamente di quello che la rimozione può

avvenire per mezzo de' polmoni, e nel sistema arterioso comincia a circolare sangue non del tutto decarbonizzato. Questo, stimolando i centri bulbari, produce quella sensazione speciale di ansia, di *fame d'ossigeno*; e questo stimolo, per quel meraviglioso ingranaggio di funzioni che regola l'organismo, eccita ad una maggior frequenza il ritmo del cuore e della respirazione, accelerando così ancora il passaggio del sangue attraverso i polmoni, e cercando in tal modo di migliorare l'ossigenazione di esso, esponendone una massa maggiore in un dato tempo all'azione dell'aria negli alveoli polmonari. Ma anche questa risorsa dell'organismo ha un limite: occorre un certo tempo per rinnovare l'aria nei polmoni, nè la frequenza del respiro può crescere all'infinito, perchè oltre un certo punto la frequenza va a scapito dell'efficacia dello sforzo respiratorio; i polmoni si vuotano e si riempiono solo in parte, e l'aria degli alveoli più profondi non è più rinnovata. D'altra parte essendo pur necessario un certo tempo perchè il sangue attraversi i polmoni, si arriva al punto in cui il cuore, che agisce con rapidità sempre crescente, manda al polmone con un battito una quantità di sangue maggiore di quella che vi può circolare prima che se ne ripeta un altro. Alla successiva contrazione cardiaca il ventricolo destro non si potrà più svuotare completamente, ed una certa quantità di sangue vi resta, che, aumentando sempre più coi successivi battiti, forza le pareti ventricolari e produce la *dilatazione acuta* del cuore destro. Questa si produrrà tanto più facilmente e sarà tanto maggiore quanto più le pareti del ventricolo siano cedevoli o per debolezza di struttura o per cambiamenti degenerativi in esse preesistenti.

Arrivato a questo punto il ciclista imprudente è costretto a fermarsi, perchè sorpreso da tali sofferenze che la sua passione ne resta generalmente vinta, ed il

suo morale scosso profondamente. Il dottor Clifford Albutt nel volume 5° dei *St. Georges Hospital Reports* così descrive questo stato per sua esperienza personale: « Io fui preso subitamente da uno strano e speciale bisogno di respirare, accompagnato da una sensazione molto opprimente di distensione e di pulsazione all'epigastrio. Portando la mia mano al cuore sentii un battito affaticato e diffuso su tutta la regione epigastrica. Aprii immediatamente la camicia e mi accertai colla percussione che il ventricolo destro si era grandissimamente dilatato. Mi distesi sull'erba colle spalle rialzate, ed ebbi la soddisfazione in pochi minuti di sentire che la distensione e l'oppressione cessavano e la zona di ottusità si restringeva ».

Ma non sempre l'ardore ciclistico si arresta a questo punto, e può darsi il caso che la speranza di raggiungere la meta continuando ancora per poco la corsa, o l'ebbrezza della lotta, spingano il malaccorto ad uno sforzo supremo: che cosa può succedere allora? Il ventricolo destro si è ripieno eccessivamente di sangue e la sua dilatazione non è più sufficiente per contenere la quantità di sangue che vi spinge l'orecchietta; allora anche questa si ricolma di sangue, si *dilata*, e tutto il cuore destro si trova così ad avere le pareti eccessivamente tese e quindi meno atte a spingere il sangue nel piccolo circolo. Intanto dalle cave il sangue venoso arriva sempre in grande copia, essendo aumentata la *ris a tergo* del ventricolo sinistro che spiega anch'esso tutte le sue forze, e l'eccesso del sangue cresce nel cuore destro, le pareti di esso si tendono e si dilatano sempre più, sino al punto che, continuando ad aumentare l'ostacolo ne' polmoni e diminuendo la forza contrattile per la grande distensione delle pareti muscolari del cuore destro, questa forza tutto ad un tratto viene a mancare, sopraggiunge l'esaurimento e con esso l'*asistolia*.

Certamente questo non è il caso più frequente, e perchè esso si avveri sino a produrre le estreme conseguenze, il cuore deve trovarsi in uno stato di debolezza anormale; ma un tale stato però non può essere del tutto infrequente in chi abusa del ciclismo e che precedentemente andò soggetto ripetute volte alla dilatazione acuta del cuore. E peggio ancora può accadere in coloro che non hanno quest'organo nelle condizioni di nutrizione normali, o per l'età già inoltrata, o per accumulo di grasso, o per recente malattia, o per generali condizioni fisiche non favorevoli. In tali evenienze non solamente la dilatazione e l'asistolia, ma la *rottura* del cuore può aver luogo, come si può rilevare dal seguente caso raccolto dalla stampa periodica inglese riportato dall'Herschell; « Un signore, già mercante di vino, ritiratosi poi dal commercio, morì subitamente, mentre andava in velocipede. Egli non era un buon ciclista, avendo imparato solamente pochi mesi prima. Fu visto cadere dalla sua macchina mentre andava con la velocità di otto miglia all'ora, ed immediatamente fu constatata la morte. Il medico che ne praticò la necropsopia trovò che la morte era dovuta alla rottura del cuore per degenerazione grassa, favorita dalla pressione dello stomaco molto disteso da un copioso pasto non digerito, durante la corsa ciclistica. »

Questi casi di morte istantanea per fortuna non sono molto frequenti, ma tutti quelli de' quali si sente parlare in circostanze simili al precedente, sono dovuti alle stesse cause, all'asistolia od alla rottura delle pareti del cuore non in istato di nutrizione perfetta, provocata dalla pressione esagerata nelle cavità destra durante uno sforzo di ciclismo.

Qualche volta la morte non è istantanea ma segue di breve tempo lo sforzo, ed in questi casi essa non è dovuta a rotture, ma bensì alla eccessiva dilatazione, pro-

dottasi col meccanismo dianzi descritto, e che non si riduce in breve tempo, come abbiamo visto avvenire nel cuore sano e giovane, ma persiste, perchè le pareti hanno perduta la loro normale contrattilità ed elasticità, indebolita dai cambiamenti degenerativi che accompagnano l'età avanzata, o da altre condizioni patologiche del cuore.

Un esempio di morte avvenuta in un uomo attempato, in seguito a dilatazione eccessiva non ridotta lo troviamo anche nella memoria precitata di Herschell: « Il paziente era un signore di 64 anni di età, il quale da poco aveva intrapreso a cavalcare un triciclo piuttosto pesante. Dopo un allenamento di tre settimane, egli imprese a fare una gita da Brighton, dove risiedeva, a Londra, una distanza di 53 miglia. Menò a termine il compito impostosi, ma al suo arrivo l'autore fu chiamato a visitarlo e lo trovò in uno stato grave. Il respiro era corto ed affannoso, i polsi erano 144 e quasi impercettibili, le labbra erano cianotiche, e l'infermo era molto debole. L'azione del cuore era irregolare e debole; l'ottusità cardiaca si estendeva da un quarto di pollice di fuori dalla parasternale destra alla mammaria sinistra. Si udiva un rumore sistolico tanto sull'area della mitrale quanto su quella della tricuspide, e vi era una distinta pulsazione nelle vene del collo. L'urina conteneva tracce di albumina. Malgrado la cura stimolante e rinforzante, l'infermo perdè la coscienza durante la notte, si abbattè sempre più e morì nelle prime ore del mattino. Il suo medico curante che lo vedeva costantemente da molti anni, informò l'autore che non vi era mai stato alcun sintomo che accennasse ad affezione di cuore. Non fu concessa la necropsopia.

Il doppio rumore ascoltato in questo caso sulla mitrale e sulla tricuspideale, mentre prima non esisteva malattia cardiaca, ci mena a considerare un'altra conse-

guenza della dilatazione acuta del cuore dipendente da sforzo, la *insufficienza valvolare relativa*. Questa si produce col meccanismo ordinario, come tutte le volte che segue alla dilatazione del ventricolo per qualunque causa. L'anello tra il ventricolo e l'orecchietta, a cui si attaccano per la loro base i veli valvolari, si allarga, seguendo nella loro dilatazione le altre parti del cuore, i diversi segmenti della valvola vengono a trovarsi ad una distanza maggiore tra di loro, l'orificio che dovevano chiudere è aumentato in ampiezza, mentre essi restano sempre egualmente grandi, quindi non possono più ostruire esattamente la comunicazione tra le due cavità quando ciò è necessario; il rigurgito tra il ventricolo e l'orecchietta si è stabilito.

Certamente questo fatto può essere transitorio, quando le fibre connettivali che formano il detto anello conservano la loro elasticità in modo che possano ritornare su di loro stesse quando la dilatazione acuta è cessata, al pari di qualunque cerone fibroso, il cui indice di resistenza non sia stato superato. Ma quando l'elasticità di quelle fibre non è ben conservata o per l'estrema distensione alla quale furono sottoposte, o per cambiamenti degenerativi avvenuti in esse, il restringimento non ha più luogo sino al punto normale, e l'insufficienza relativa resta.

Questo fatto, di cui ognuno comprende la gravità, si può verificare nel caso di giovanette anemiche, alle quali fu prescritto il ciclismo come cura per il moto all'aria aperta. Il cuore delle anemiche presenta un numero più o meno grande di fibre in preda a degenerazione grassa, le pareti delle cavità sono poco resistenti e flaccide, onde la insufficienza relativa si produce già senza altre cause, e si rivela col soffio anemico. Se un cuore in tali condizioni vien sottoposto agli sforzi del ciclismo, è ovvio che la insufficienza si renderà perma-

nente, per lo sfiancamento irreparabile a cui andrà soggetto l'anello valvolare, e lo stato dell'inferma ne verrà così aggravato enormemente. Molta prudenza occorre adunque, ed una conoscenza esatta delle condizioni del cuore prima di consigliare un tal mezzo curativo contro l'anemia; e anche quando si crede di poter dare un tal consiglio, bisogna circondarlo di molte avvertenze e di molte restrizioni, in modo da poter essere sicuri che il cuore non venga sottoposto al più piccolo sforzo, e non vengano così aggravate le sue condizioni.

Prima di lasciare l'argomento della dilatazione del cuore, giova ricordare come questa alterazione può essere in dipendenza anche di altre cause che non siano le sole meccaniche, e che agiscono per mezzo del complesso sistema nervoso del cuore stesso. È noto ora che esiste la dilatazione acuta del cuore consecutiva a reumatismo e che essa anzi è molto più frequente di quello che si crede, essendo spesso il sintomo più precoce di un'affezione cardiaca reumatica. Secondo gli studi recenti di Lees e Poynton, questa dilatazione è dovuta all'azione di una tossina probabilmente microbica. Il Gaskell, in un altro campo di osservazione, ha trovato che iniettando una soluzione di acido lattico, si produce la dilatazione cardiaca; come si ha la contrazione permanente con una soluzione di soda caustica. Esiste dunque una dilatazione da causa tossicoemica, sia il veleno un prodotto della vita dei microrganismi, sia un acido organico circolante nel sangue. Ora l'affaticamento del ciclismo, come di qualunque altro esercizio violento, fa riversare nel sangue una quantità grandissima di prodotti regressivi e di tossine, che vi restano e vi circolano per un certo tempo, causando parecchi sintomi morbosi di cui parleremo in seguito. prodotti e tossine dei quali i ciclisti corridori si liberano col bagno e col massaggio. Non potrebbe questo stato transitorio di av-

velenamento spesso ripetuto e dovuto a tali sostanze, fra le quali figura anche l'acido lattico, contribuire anch'esso alla produzione della dilatazione?

..

Ma oltre alle alterazioni organiche del cuore che abbiamo viste finora, il ciclista novizio che eccede negli sforzi va incontro a disturbi funzionali di quest'organo, i quali dipendono da due cause principalmente, dalla dilatazione del cuore e dalla presenza nel sangue di una quantità eccessiva di tossine e di prodotti regressivi formati rapidamente in seguito all'esercizio violento. Questa rapida tossicoemia è causa altresì della *febbre da strapazzo*, che quasi ogni ciclista ha provata, nella sua forma più mite, e che si manifesta, oltre che col l'aumento di qualche grado di temperatura, colla debolezza, la nausea, l'inappetenza, l'insonnia e coi disturbi cardiaci che vedremo fra breve.

Prima però di venire a parlare distintamente di questi, sarà utile ricordare uno stato patologico speciale dell'età nella quale ordinariamente il ciclismo si intraprende, e che può essere strettamente collegato colle alterazioni funzionali del cuore dei ciclista novizi, alle quali somiglia molto, e delle quali può rendere più facile la produzione e più gravi le conseguenze: intendo parlare della cosiddetta *ipertrofia da crescita*.

Germano Sée studiò i disturbi funzionali del cuore che frequentemente si verificano nell'età dello sviluppo, credette che essi fossero in relazione con una speciale ipertrofia di quest'organo, e la chiamò appunto ipertrofia da crescita. Ma gli studi posteriori di Olivier e Huchard, ai quali si unirono poi quelli di Potain e di Vaquez, dimostrarono che tali disturbi dipendevano da un'altra alterazione, consistente nello sviluppo non parallelo del torace col cuore, crescendo questo in propor-

zione maggiore di quello. Gallois e Follet accertarono le cause del ritardato sviluppo toracico, dimostrando che tutti i giovani che si trovano in tali condizioni, sono affetti da tumori adenoidi naso-faringei, che per l'ostacolo che oppongono all'ampiezza della respirazione, impediscono il normale allargamento del torace, mentre il cuore in quell'epoca della vita, e specialmente tra i 12 ed i 17 anni ha il suo massimo incremento.

I disturbi prodotti da questo disquilibrio tra il cuore troppo grosso ed il torace troppo ristretto assumono tre tipi differenti a seconda del predominio de' sintomi: *tachicardico, dispnoico e cefalalgico*. Essi sono determinati specialmente dallo strapazzo fisico ed intellettuale, e consistono in palpitazione violenta specialmente negli sforzi, dispnea, che può essere in tutto simile a quella da vera cardiopatia, cianosi, raffreddamento delle estremità, sudore freddo al viso, intensa cefalalgia.

Se ora mettiamo in relazione questo stato morboso coll'abuso del ciclismo, troviamo che esso viene da questo favorito nella sua produzione ed aggravato nei suoi sintomi. Ed infatti il giovane ciclista col tronco fermo sulla sella della sua macchina, colle braccia immobili e protese in avanti, spesso curvo sul manubrio in modo che i movimenti respiratorii restano impacciati, sempre immobilizzando i muscoli ausiliari della respirazione, non tende certamente ad allargare il suo torace.

Dall'altra parte il lavoro eccessivo de' suoi arti inferiori oltre al fare sviluppare questi a detrimento delle altre parti del corpo, accresce il lavoro del cuore ed è per questo uno stimolo nuovo, che si unisce alla tendenza fisiologica inerente all'età per un maggiore accrescimento. Ecco dunque come il disquilibrio tra il torace ed il cuore è favorito, e come la sua produzione sia agevolata dal ciclismo, se questo non è contenuto

entro i giusti limiti, e se la limitazione dello sviluppo ai soli muscoli degli arti inferiori, che ne è la conseguenza, non sia bilanciata da una sapiente ginnastica che riporti l'organismo al suo armonico accrescimento.

Nè avviene diversamente de' sintomi della così detta ipertrofia da crescita, i quali tutti, come abbiamo visto, sono aggravati dagli sforzi, e nessuno sforzo può essere in questo senso più dannoso di quello del ciclismo, il quale è quasi sempre continuativo, e spesso raggiunge un grado che in nessuno altro esercizio nè in nessun lavoro raggiunge, per il diletto che esso produce, e per la passione che è capace di ispirare.

Tra i disordini funzionali del cuore prodotti dallo abuso del ciclismo, specialmente nei novizii, occupa il primo posto la *palpitazione*. Questa fa parte della sintomatologia della febbre da strapazzo, ed è uno de' fenomeni più molesti perchè è accompagnato da un senso penoso di soffocazione, e la frequenza del battito è così tumultuosa che impedisce all'infermo esaurito di forze di godere di quel riposo di cui avrebbe tanto bisogno, essendo il sonno disturbato dal movimento troppo celere e troppo forte del cuore. Ordinariamente questo stato dura solamente delle ore, e raramente si protrae di là da un giorno, quando il disturbo dell'azione cardiaca è dovuto al solo inquinamento del sangue da tossine e prodotti regressivi formati ne' muscoli. Ma quando a questa condizione morbosa transitoria si aggiunge l'altra organica più grave della dilatazione del cuore, allora il sintomo assume un'importanza molto maggiore e può assurgere al grado di vera malattia. Perocchè non solamente la palpitazione è più grave e di più lunga durata immediatamente dopo lo sforzo, ma essa può continuare con intensità varia anche nel tempo del riposo, bastando la più piccola causa per ridestarlo. Come in quello stato morboso speciale chia-

mato dal Da Costa *cuore irritabile*, che egli studiò in quegli uomini che prendendo parte molto attiva alla guerra civile americana erano costantemente in attività fisica e morale eccessiva, o come nell'avvelenamento cronico da tabacco, da caffè o da thé, parimenti nello stato di dilatazione e di debolezza del cuore consecutivo all'abuso del ciclismo, quest'organo forse per diminuito potere inibitore del vago, acquista una instabilità eccessiva, per la quale il più piccolo sforzo, la più lieve emozione, spesso i movimenti riflessi da altri organi sono sufficienti a metterlo in sussulto, ed a tenerlo concitato nel suo ritmico movimento per lungo tempo. Nè questo stato è momentaneo o della durata solamente di più giorni, ma esso tende a diventare permanente, a trasformarsi in una *tachicardia cronica*, che non curata opportunamente ed in tempo, può portare delle conseguenze funeste. Bristowe ha narrato un caso in cui i parossismi di palpitazione si iniziarono in un bambino di otto anni in seguito all'eccessivo strapazzo nel giuoco faticoso del *paper-chase*; un po' per volta il disturbo funzionale si rese permanente, si stabilì la tachicardia cronica, e l'infermo morì all'età di 19 anni. Herschell ha visto de' casi durati dai diciotto mesi a' tre anni, tutti prodotti dall'eccessivo ciclismo, e ne riporta uno avuto da lui in cura, in cui l'infermo, dopo cinque anni dacchè i parossismi erano cominciati, non era ancora in grado di fumare nè di prendere thé senza che gli accessi non si ripetessero.

Qualcuna volta il disturbo cardiaco in relazione colla alterazione organica della dilatazione consiste non nella vera palpitazione, ma in una *sensazione soggettiva di disordine nella rivoluzione cardiaca*, per la quale l'infermo dice di soffrire la palpitazione, quantunque il numero e la forza di battiti sia normale o poco più. Altre volte la sensazione avvertita dall'infermo è una

agitazione, un tremulo, uno spostamento nel petto da parte del cuore. Quasi sempre la palpitazione è accompagnata da un senso di oppressione in tutto il petto, di costrizione del casso toracico e di impossibilità a trarre il respiro senza uno sforzo della volontà.

Ma il ritmo cardiaco può essere alterato non soltanto dall'aumento della celerità del battito, esso può diventare anche irregolare durante l'accesso di palpitazione consecutivo allo sforzo, come io stesso ho potuto constatare su di un giovane ufficiale, il quale non percorreva meno di cento chilometri al giorno per allenarsi ad una certa gara. Di tanto in tanto quel battito tumultuoso, e così forte che pareva volesse rompere le pareti toraciche, presentava una *intermittenza* che veniva avvertita penosamente dall'individuo. Essa nel più forte dell'accesso si ripeteva con una certa regolarità ed era più frequente; poi mano mano diventava meno frequente e meno regolare sino a cessare del tutto col cessare dell'accesso. Non sempre però questo disturbo scompare completamente dopo la causa che l'ha prodotto, ma qualche volta occorsero parecchi mesi di cura, ed in un caso riportato dall'Herschell l'alterazione funzionale divenne permanente.

Fra tutti i sintomi subiettivi che prova specialmente il ciclista giovane e novizio quelli che destano maggiore apprensione, che qualche volta inducono l'imprudente ad una savia moderazione, e che quasi sempre fanno ricorrere al medico per consiglio, sono i *sintomi anginosi*. Questi possono essere di diversa intensità e possono accompagnare la palpitazione o stare da soli. In molti casi la sensazione che prova l'infermo somiglia all'aura epilettica che comincia dalla regione precordiale e risale su per il petto alla gola: spesso è accompagnata da abbondanti sudori. Nella forma più grave gli attacchi di palpitazione sono

accompagnati da senso doloroso alla regione del cuore che si prolunga al braccio sinistro, ed il soggetto è dominato da quella sensazione terribilmente penosa di

Fig. 1^a

Pressa durante un attacco di palpitazione consecutivo ad una lunga corsa in bicicletta (Hirschfeld).

Fig. 2^a

Pressa durante un attacco di palpitatione consecutivo ad uno sforzo nel salire in collina. Le pulsazioni sono imperfette ed irregolari (Hirschfeld).

Fig. 3^a

Semplice intermittenza cardiaca in seguito ad un sforzo di ciclismo (Hirschfeld).

Fig. 4^a

Irregolarità dell'azione cardiaca. Ogni 10 minuti vi è un periodo di estrema irregolarità durante il quale i battiti sono debolissimi. Tale periodo è indicato dalla porzione centrale del tracciato (Hirschfeld).

morte imminente che è tanto caratteristica della vera *angina pectoris*. In un caso di questi riferito dall'Her-

schell il disturbo cardiaco era accompagnato da intirizzimento e raffreddamento delle mani che divenivano di una tinta bluastra.

Rapporto dal precitato autore, dalla cui memoria ho tolto parecchi casi che mi son serviti di guida per questo studio, i tracciati del polso durante i vari disturbi funzionali del cuore consentivi al abuso di ciclismo, caduti sotto la sua personale osservazione.

..

Finora abbiamo considerati i danni prodotti dallo abuso del ciclismo al cuore in coloro che sono sul principio della loro carriera ciclistica; vediamo ora quelli che si hanno in seguito al un lungo uso smoderato di questo esercizio tanto nell'organo centrale della circolazione quanto ne' vasi.

Allorchè un ciclista ha superato le prime prove ha subito i primi disturbi senza importanti conseguenze, il suo stato di noviziato è finito, ormai egli può correre per grandi distanze, per lunghe ore, con una velocità vertiginosa, senza risentire più al fine del disordini accennati di sopra, dalla parte del cuore, almeno che non compia qualche sforzo straordinario, non *batta qualche record* per le corse normali egli è *alleno*. I difensori del ciclismo a oltranza dicono che raggiunto questo punto, i pericoli del ciclismo sono stati superati, e che oramai basta guardarsi solamente dagli eccessi: una corsa tutti i giorni anche di parecchie decine di chilometri fatta al passo di 10met. a quindici chilometri all'ora, velocità che non presenta più alcuno sforzo, non può riuscir tanto dannosa, anzi costituisce un utile esercizio di cui la salute generale non può che avvantaggiarsi. Vediamo quanto vi è di vero in questa opinione.

Certamente quando il movimento necessario per spingere la macchina è diventato abituale, quasi automatico, esso, al par di tutti i movimenti naturali o praticati per lungo tempo, è perfettamente coordinato nell'azione dei muscoli antagonisti ed ausiliari, in guisa che il minimo sforzo è necessario per compierlo, e non la più piccola quantità di forza è adoperata inutilmente, come avviene in più o meno vasta proporzione per il principiante. Ma uno sforzo, per quanto piccolo è sempre necessario, ed esso si ripete infinite volte, per un certo tempo pressochè tutti i giorni e con una successione rapidissima. Lo sforzo fatto dagli arti inferiori si va a riflettere direttamente nel cuore per la pressione maggiore che questo deve vincere onde spingere il sangue attraverso i muscoli continuamente contraentisi, e già cresciuti in volume e compattezza per l'aumento nel numero e nella grossezza delle fibre. Ecco dunque come il cuore è obbligato a sostenere una fatica, che per quanto non sia più quella eccessiva del novizio, perchè il lavoro muscolare è ridotto al puro necessario, è sempre superiore a quello che normalmente esso è obbligato a compiere. L'*ipertrofia* del miocardio è la conseguenza più o meno prossima di questo lavoro eccedente del cuore, in dipendenza della nota legge fisiologica che un muscolo che più lavora più si nutrice.

Ma non solamente per effetto della aumentata pressione vasale ha luogo l'*ipertrofia* cardiaca: una causa quasi speciale per il ciclismo vi contribuisce e vi prende anzi una parte molto importante. Un fatto già constatato da altri e che io ho potuto verificare su parecchi ciclisti già provetti, è il seguente. Dopo una corsa anche moderata sia per lunghezza che per velocità, il numero de' battiti cardiaci è costantemente aumentato, senza che il soggetto si accorga di questa palpitazione,

che d'altra parte non gli dà molestia di sorta. Un polso che normalmente in riposo dà dai 70 ai 75 battiti al minuto, in un individuo già allenato al ciclismo, dopo una corsa anche non troppo forzata nè per lunghezza nè per celerità, si eleva alla frequenza di 100 a 130 ed anche più, senza che l'individuo si mostri affannato nè altrimenti sofferente.

Quale sarà l'effetto di questo acceleramento nei movimenti cardiaci così spesso ripetuto, dovendo il cuore vincere contemporaneamente una resistenza maggiore della normale?

Gli insegnanti di ginnastica che sanno mettere nei loro giusti rapporti quest'arte collo sviluppo fisiologico, come Sandon Pneland ed altri, hanno dimostrato che per ottenere l'accrescimento de' muscoli e l'ipertrofia di essi consecutiva all'esercizio, danno molto migliori risultati i movimenti rapidi e ripetuti fatti per vincere una debole resistenza che quelli compiuti lentamente contro una forte resistenza. Secondo questa legge il movimento del cuore ripetuto colla celerità di 100 a 120 e più battiti e che deve vincere la pressione alquanto aumentata nelle arterie, sarebbe il più adatto per indurre l'ipertrofia nell'organo. Ne di parere diverso sono i clinici ed i pitologi rispetto agli effetti che la palpitazione può produrre sulla nutrizione del miocardio. Si sa che nel morbo di Basedow il cuore si ipertrofizza per effetto della tachicardia, che è uno de' sintomi principali che costituiscono la malattia. Il Taylor nella sua *Pratica della medicina* dice: « L'azione eccessiva del cuore prodotta dall'esercizio, dallo sforzo e dalla *palpitazione* anche puramente nervosa, come quella che si ha nel gozzo esoftalmico, produce l'ipertrofia. » Osler ne' suoi *Principi e pratica della medicina* dice: « La ipertrofia è prodotta dalla innervazione disturbata accompagnata da un'azione eccessiva, come nel gozzo

esoftalmico, nelle *palpitazioni nervose* che durano a lungo e come effetto dell'azione di certe droghe quali il the, il tabacco o l'alcool ». Finalmente il St'e nel *Trattato delle malattie del cuore* ha detto: « Nelle palpitazioni che durano a lungo e che seguono, per esempio, ad impressioni psichiche, può sopravvenire nel cuore, ereditariamente od accidentalmente indebolito, un'ipertrofia del muscolo, preceduta da una distensione della parete e da una dilatazione di grado leggiero: ma è certo che quivi i battiti del cuore sono la vera causa dell'ipertrofia » Lo Strumpell ammette anormali ecatamenti nervosi del cuore i quali ne aumentano l'attività, e così alla fine lo rendono ipertrofico, quando mancano le cause solite della ipertrofia idiopatica.

Come si vede a lunque, nel ciclismo esagerato concorrono due cause principali per la produzione della ipertrofia cardiaca non consecutiva a vizi valvolari; l'aumento della resistenza ne' vasi, e la rapida eccessiva di lunga durata nel ritmo. È certo quindi che l'uso di quest'esercizio, se non è più che tollerato, prima o dopo mena a questa alterazione della nutrizione del miocardio. Ne giova il dire che in si gran numero di ciclisti, de' quali molti eccellono negli sforzi, pochi sono i casi finora di gravi malattie di cuore riferibili a quest'abuso. Ad una tale obiezione si può rispondere che è ancora troppo breve il tempo dacché quest'esercizio ha preso tanta voga per poterne già constatare i tristi effetti lontani. Perocché la semplice ipertrofia può non dare alcun disturbo subiettivo, anzi può non rappresentare alcunché di patologico nei casi leggeri, allo stesso modo, dice lo Strumpell, come la muscolatura ipertrofica del corpo d'un ginnasta non rappresenta nulla di patologico. Però lo stesso autore soggiunge subito che il muscolo cardiaco a questo riguardo presenta condizioni ben diverse da quello degli

altri muscoli del corpo. Ed infatti non è salutare e molto meno vantaggioso l'aver il cuore ipertrofico, come è vantaggioso avere ipertrofici i muscoli delle braccia o delle gambe. L'ipertrofia del miocardio se è una necessità per quando vien richiesto un lavoro eccessivo dal cuore, diventa uno stato patologico nelle condizioni normali, e quanto il ciclista, o per l'età o per altre ragioni si ritirerà dal campo delle sue gesta, si accorgerà di avere un cuore troppo forte e troppo largo per mantenere la sua circolazione ne' limiti fisiologici, e risentirà gli effetti della ipertrofia, gli afflussi di sangue al cervello, le vertigini, la cefalea, mentre la palpitazione col battito potente e molesto gli disturberà perfino il sonno nella notte. E quanto più le nuove abitudini di vita saranno diverse da quelle troppo attive di prima, più questo stato morboso sarà risentito, perchè tanto maggiore sarà la differenza tra i bisogni limitati dell'organismo e la forza eccedente del cuore.

Nondimeno questo stato sarà ancora compatibile con una discreta salute, e potrà restare stazionario, o anche guarire, come ammette lo Strumpell, quando il grado d'ipertrofia sia leggero, e tutte le influenze morbogene siano eliminate. Ma se il grado è più avanzato, o peggio ancora se, malgrado i primi sintomi dell'ipertrofia, si persiste nell'abitudine degli sforzi eccessivi, allora fatalmente si va incontro allo stadio successivo dell'ipertrofia stessa, alla *degenerazione grassa* della fibra muscolare e quindi all'*asma cardiaco*, qualche volta agli accessi di *angina pectoris*, all'*iposistolia* e a tutti i sintomi insomma di un vizio cardiaco non compensato, col quale l'ipertrofia idiopatica a questo stadio ha comune la prognosi fatale.

..

Vediamo ora quali sono le alterazioni che si producono nell'aorta e nelle sue valvole in conseguenza dell'abuso del ciclismo.

Fin da quando gli sforzi eccessivi cominciano, aumentando proporzionalmente la forza impulsiva del cuore, il sangue dal ventricolo sinistro è cacciato nell'aorta sotto una pressione maggiore. In sul principio l'elasticità del tessuto arterioso basta completamente a compensare questa condizione anormale, ma se questa condizione persiste a lungo, anzi se essa va sempre più aumentando, alcune alterazioni morbose si devono necessariamente verificare anche nelle pareti dell'arteria. E così appunto avviene nel ciclismo, perocchè quando di esso si abusa in modo continuo, all'aumento temporaneo e passeggero della pressione sanguigna nelle arterie ne succede uno permanente per l'ipertrofia ventricolare che fatalmente abbiamo visto conseguire agli sforzi continuati. E poichè la pressione cresce col crescere dello strato muscolare del cuore, si giunge al punto che le pareti dell'aorta devono sostenere l'impulso d'una forza doppia di quella del cuore normale pel quale l'aorta era adatta. Le pareti di quest'arteria, come si sa dalla istologia, sono fatte quasi completamente di tessuto elastico a fibre gialle, e non hanno quel tessuto muscolare a fibre lisce che si trova in spessezza sempre maggiore nelle arterie più piccole e perfino ne' capillari. Questa speciale struttura del tronco arterioso principale lo mette in condizioni da non poter resistere a lungo allo sforzo maggiore che deve compiere per spingere oltre il volume aumentato di sangue che gli viene dal ventricolo, non potendo sopperire al maggior lavoro coll'ipertrofia della tonaca muscolare.

Il tessuto elastico resiste all'urto prepotente sino al punto compatibile col suo indice di elasticità, ma la contrattibilità arteriosa ne resta enormemente danneggiata.

Nè solamente soffre la funzionalità del vaso in seguito all'aumento costante della pressione arteriosa, ma bensì la integrità delle sue pareti ne viene danneggiata, poichè sotto questo stimolo anormale si vanno formando sulla faccia interna dell'intima de' piccoli focolai flogistici, che la rendono rugosa, e che danno luogo ad un essudato che s'infiltra tra le fibre della tunica media: in una parola si ha l'*endootorlite cronica* alla quale il Rummo fra le altre cause assegna « gli sforzi muscolari prolungati ed intensi ». E finalmente l'*aneurisma aortico* può tener dietro a queste alterazioni vasali, onde lo Strümpell, riportando l'opinione di molti autori, dice che « i forti strapazzi corporei hanno una parte nella etiologia di questa malattia. »

L'*allargamento dell'aorta*, che è l'alterazione più frequente di questo vaso, si può rilevare in vita colla percussione; ed alla ascoltazione sulla regione si ha un rumore a primo tempo, che si propaga anche ai vasi del collo, e che è prodotto dalla *vena fluita* che si forma quando un liquido passa da una cavità, attraverso un foro ristretto, in un'altra cavità, come ha dimostrato Savart. La linea stigmografica, poi presenta due note speciali: 1° L'elevazione sistolica ha l'apice largamente tronco; 2° Un'onda diastolica poco pronunciata e che occupa una posizione più alta di quella che occupa nella linea normale (Sansom).

Teoricamente parlando il successivo allargamento dell'aorta potrebbe produrre come ultima conseguenza, l'allargamento dell'ostio aortico, l'allontanamento tra di loro delle valvole semilunari, e quindi la *insufficienza relativa* di esse, come abbiamo visto avvenire per la

tricuspide o la mitrale. Herschell riporta un caso caduto sotto la sua osservazione, che, a suo credere, si potrebbe riferire ad una tale successione morbosa, ma egli stesso soggiunge che una tale evenienza nella pratica è molto difficile a verificarsi, e che in ogni caso sarebbe impossibile una diagnosi differenziale dalla insufficienza organica.

Fig. 5^a

Palo nell'insufficienza delle semilunari aortiche

È questa insufficienza organica possibile in seguito all'abuso del ciclismo? Il processo flogistico che abbiamo visto determinarsi sull'intima dell'aorta in seguito alla cresciuta pressione endovasale, spesso si diffonde ai tessuti che formano le valvole, e quando esso ha percorse tutte le sue fasi, si ha necessariamente la retrazione del tessuto cicatriziale, l'accorciamento e l'accartocciamento de' veli valvolari, e l'*insufficienza strumentale delle semilunari* è così stabilita. Non vi ha dubbio che lo sforzo continuo, persistente è la causa più frequente della sclerosi lenta sì, ma progressiva delle valvole aortiche, e l'Osler dice: « Così spesso si trova questa forma di malattia cardiaca nelle persone dedite all'atletismo, che qualche volta essa è chiamata cuore da atleta. »

Ma se tali alterazioni si producono in arterie originariamente sane, in seguito all'abuso del ciclismo, con quanta maggiore facilità non si avvereranno esse in

arterie non più nelle condizioni normali? Quando l'ateromasia ha cominciato ad invadere le pareti arteriose, sia essa effetto di alcoolismo, di artrite, di sifilide, di saturnismo, o *naturale conseguenza dell'età*, le probabilità per le accennate alterazioni saranno aumentate di tanto quanto più avanzata è la lesione vasale, ed i pericoli di accidenti gravi così da parte delle arterie come da quella del cuore saranno cresciuti a mille doppi, se non si usa la più oculata prudenza.

Vi è poi un caso in cui il medico si assume una enorme responsabilità prescrivendo il ciclismo come cura, e questo è il caso de' *gotosi* ed in generale degli *artritici*. Ognuno sa come le condizioni di nutrizione de' vasi e quelle del cuore di questi ammalati siano più o meno alterate, sia per effetto dell'anormia ita-
no, ricambio materiale, sia per le lesioni renali che tanto spesso complichino queste malattie. È evidente quindi il male che potrebbe venire da un'abuso di ciclismo che fosse stato prescritto allo scopo di accelerare il ricambio organico a questa classe d'intermi. E in questi casi l'abuso va considerato in modo molto relativo, di guisa che diventi tale per un artritico quello che per un uomo normale sarebbe un esercizio regolare sotto tutti i rapporti. Fra le malattie che la scuola francese comprende sotto la denominazione generica di artritisimo trovasi anche la *polisarcia*, per la quale, quando è possibile, da taluni si consiglia come mezzo curativo il moto in velocipede. In tale malattia il cuore si può trovare rivestito da uno strato più o meno denso di adipe, che ne impaccia notevolmente i movimenti o peggio ancora, nei casi avanzati, il grasso aumenta nella stessa sostanza muscolare del cuore. Chi non vede a qual pericolo si espone un cuore in tali condizioni, se esso vien sottoposto a sforzi esagerati? Tutte le alterazioni delle quali abbiamo fatto

cenno possono verificarsi in questo caso, e la *rottura del cuore* seguita da morte immediata può essere anche la conseguenza fatale di un'imprudenza nell'esecuzione di una cura che va prescritta con molta prudenza, e con prudenza ancora maggiore va seguita.

E giacchè siamo a parlare de' pericoli che il ciclismo presenta come metodo di cura, ricorderemo nuovamente quelli ai quali si può andare incontro nel trattamento con un tale metodo della clorosi e dell'anemia. In questi stati morbosi il cuore è debole estremamente e qualche volta ha un numero più o meno grande di fibre degenerate in grasso. Questa ultima condizione si verifica principalmente nelle anemie consecutive a malattie infettive e specialmente al tifo. È noto anche ai protanti che durante la convalescenza da questa infezione può avvenire la morte improvvisa, eseguendo uno sforzo, per i cambiamenti degenerativi verificatisi nella fibra muscolare cardiaca. È chiaro adunque che il massimo accorgimento occorre nell'esame degli organi circolatori di questi intermi prima di consigliare loro tale cura, tenendo presente il più delle volte come essa debba essere eseguita da giovinetti ne' quali il ritorno alla salute accresce la naturale vivacità, e nei quali i pericoli del ciclismo sono ancora maggiori, perchè in quell'età il cuore si trova in un fisiologico accrescimento, ed è maggiormente eccitabile oltre che per l'età, spesso per eredità, o per lo studio eccessivo, o peggio ancora per abitudini viziose precoci del tabacco e della venere solitaria.



Ho accennato solamente per sommi capi alle conseguenze morbose dell'abuso del ciclismo, essendo certo che basta unicamente additarle all'attenzione del pub-

blico medico e non medico perchè esse siano prese in seria considerazione. Esse non sono diverse dalle alterazioni organiche e da disordini funzionali del cuore e dei vasi che si hanno in seguito allo sforzo ripetuto e continuo sostenuto o per altri esercizi corporali o per mestiere faticoso; ma nè questi nè quelli riuniscono così completamente le condizioni perchè tali alterazioni e tali disordini si producano, onde mi parve più ovvio metterle in relazione a preferenza col ciclismo. Certamente i diversi giuochi atletici spinti oltre un certo limite possono produrre l'una o l'altra delle alterazioni accennate, ma nè la corsa, nè la lotta, nè il remigare, nè la ginnastica sotto qualsiasi forma, nè la senerma possono dar luogo a tutte insieme quelle lesioni organiche o funzionali, come il ciclismo. Questo inoltre è il divertimento di moda, e sia per questo, sia perchè effettivamente procura grandissimo piacere e vantaggi egualmente grandi, e più facile che si ecceda in esso che in qualunque altro esercizio. Ed è su questo eccesso che io ho creduto d'insistere e non sull'uso moderato del ciclismo, il quale può essere apportatore di vantaggi fisici considerevoli, mentre è causa di onesto piacere, se contenuto entro giusti limiti. I quali limiti, giova ripeterlo, devono imporre che l'esercizio si spinga al punto da produrre una forte accelerazione ne' movimenti del cuore, o un aument nella pressione del sangue, o per lo meno che tali condizioni anormali siano di breve durata e non frequentemente ripetute.

Se queste avvertenze hanno una grande importanza per i giovani e gli adulti sani e robusti, ne hanno una ancora maggiore per i giovinetti di sotto ai venti anni, per gli uomini che hanno già raggiunto la maturità, e specialmente per coloro ne' quali, per qualsiasi ragione, esiste anche solamente il dubbio che qualche

cambiamento degenerativo abbia avuto luogo nel loro apparecchio circolatorio.

Del resto il ciclismo come tutti gli altri esercizi del corpo, dovrebbe entrare a far parte di quella educazione fisica, che è un fattore così potente per la grandezza di una nazione, che fu ed è tenuta in grande onore presso tutti i popoli che furono e sono alla testa della civiltà e che pur troppo da noi in Italia, come notava recentemente l'illustre prot. Angelo Mosso in una lettera scritta sotto l'impressione destatagli dalla vista di parecchie palestre ginnastiche delle città degli Stati Uniti d'America, non è tenuta ancora nella considerazione che le spetta.

Alba, agosto 1899.

IL METODO ANATOMICO DEL BASSINI PER LA CURA RADICALE DELL'ERNIA CRURALE

Lettura fatta il 4° luglio 1891 alla conferenza scientifica
dello spedale militare di Padova dal dottor **Roberto Aprasio**, capitano medico

È confortante il notare come, dal 1893 in poi, sia andato di anno in anno sempre crescendo il numero di quei militari affetti da ernia, i quali, con grande vantaggio loro, dell'esercito e della società, invece di invocare provvedimenti medico-legali per la riforma, preferirono ricorrere nei nostri ospedali per essere liberati da un incomodo umiliante e da una permanente minaccia alla vita.

Questa considerazione mi ha invogliato, egregi colleghi, ad intrattenervi oggi brevemente sulla cura radicale di una delle varietà di ernia — l'ernia femorale — e più specialmente su quel metodo che dà maggiori garanzie di essere completo e sicuro, voglio alludere al processo del Bassini.

Non parmi possa scemare importanza al mio tema la considerazione della minor frequenza dell'ernia crurale nel maschio (frequenza che, secondo il Duplay, non sarebbe che del 7-9 p. 100 di tutte le ernie), perocché anzi io ritengo debba l'ernia in discorso assumere speciale importanza, e richiedere una sollecita cura radicale, per il noto fatto della sua difficile contenzione, per la maggiore facilità di strozzarsi, e per le più rapide e gravi alterazioni che in questa forma avvengono nelle parti strozzate.

Uscirei dai modesti confini di una conferenza se volessi passare in rassegna tutti i metodi, e relative modificazioni, proposti in quest'ultimo decennio per la cura dell'ernia della coscia. Mi limiterò a rammentare che per tre vie si cerca di aggredirla, e cioè: per la via addominale, per la via inguinale e per quella crurale.

Il metodo addominale, o laparotomico, fu ideato dal Tait, e poi amplificato dal Widenham-Maunsell (1), il quale, dopo aver aperto il ventre, ridotti da dentro i visceri erniati ed il sacco, e suturato questo all'anello, provò a riunire con un punto metallico l'aponeurosi pettinea al legamento di Falloppio. Oggidì è un metodo pressochè in disuso per i motivi che diremo in seguito.

Tra coloro che, seguendo le orme del Cooper, cercano di arrivare sul colletto dell'ernia e praticare la sutura dell'apertura erniaria facendosi strada attraverso il canale inguinale, citiamo il Ruggi (2), il Tutlier (3), il Kocher (4), il Parlavecchio (5), ecc.

Più numerosi sono coloro che seguono la via più diretta, la crurale. I loro metodi, però, variano tutti nella modalità di chiusura della breccia attraverso cui il viscere s'è fatto strada. Ed è così che vediamo alcuni valersi per la chiusura dell'orifizio di un lembo tolto dall'aponeurosi pettinea (Novaro (6), Salzer (7), o di un lembo muscolare preso dal medio adduttore (Schwartz) (8), o

(1) Vedi *British medical journal*, 1891.

(2) G. RUGGI — *Del metodo inguinale nella cura dell'ernia crurale*. Bologna 1893.

(3) Vedi *Revue de chirurgie*, n. 8, 1896.

(4) Vedi *Centralblatt für Chirurgie*, n. 6, 1894.

(5) G. PARLAVECCHIO — *Operazioni radicali di ernia crurale col metodo Ruggi modificato*. (La riforma medica, 1893, vol. I, pag. 496).

(6) Vedi il lavoro del dottor GIOVANO: *Sulla cura radicale dell'ernia crurale*. (Rivista medica di Torino, 25 agosto 1892).

(7) F. SALZER — *Beitrag zur Radicalheilung grosser Cruralhernien*. (*Centralblatt für Chirurgie*, 30 agosto 1892).

(8) V. H. LEFFERT — *La pratica e generale della chirurgia*. Trad. italiana. 1897. pag. 125.

dal sartorio (De Garay) (1), o di un lembo osteo-periosteocartilagineo sollevato dalla sinfisi pubica (Trendelenburg) (2), o del legamento rotondo nella donna (Stecchi) (3), altri cercar di chiudere il canale col sacco invaginato alla Mac Ewen (Lauenstein) (4), o suturato sul legamento di Gimbernat (Bottini) (5), ovvero con sostanze estranee (ad esempio, gomitoli di catgut Schwartz) (6); altri abbassando il legamento di Falloppio (Frabricius (7, Ferrari) (8). V'ha chi fa la sutura spirale del canale (Colzi) (9), chi quello a borsa di tabacco (Tricomi) (10), chi ancora oggidì si limita al trattamento del sacco senza preoccuparsi dell'apertura erniaria, e chi, invece, seguendo un indirizzo anatomico, dopo l'asportazione del sacco, ricostruisce l'imbuto crurale nel modo che più s'avvicina alle condizioni naturali (Bassini) (11).

Consideriamo ora quali appunti furono mossi a questi diversi metodi.

Troppo evidenti sono i pericoli che si corrono col processo di Tait di lacerare l'intestino, di ferire i vasi, e nei casi di ernie strozzate, gangrenate od infiammate, d'infettare il peritoneo. Per di più è un'operazione difficile,

(1) Vedi *Semaine medicale*, n. 64, 1896.

(2) Citato dal Mò nel suo *Trattato di medicina operatoria*, pag. 441.

(3) R. STECCHI. — *Nuovo metodo di cura radicale nell'ernia crurale della donna*, *Il Polichinello*, 1899, sezione chirurgica, fasc. 49.

(4) Vedi SALZER. — *Loco citato*, pag. 467.

(5) Metodo esposto all'8° congresso della Società Italiana di chirurgia, ottobre 1891.

(6) Riferito alla Società di chirurgia di Parigi nella seduta 14 maggio 1892 (Vedi il resoconto nella *Riforma medica*, 1892, vol. II, pag. 657).

(7) I. FABRICIUS. — *Ueber den Verschluss des Schenkelkanals bei Operationen von Schenkelhernien* (*Beiträge zur Chir.*, 1892).

(8) P. FERRARI. — *Della cura radicale dell'ernia crurale, studio clinico e proposto di un nuovo metodo operativo* (*La Clinica Chirurgica*, n. 3, 1891).

(9) COLZI. — *Conte di chirurgia operativa*, 1891.

(10) E. TRICOMI. — *Nuovo metodo operativo per la cura radicale dell'ernia crurale* (*La riforma medica*, 1891, vol. 2°, pag. 575).

(11) E. BASSINI. — *Nuovo metodo operativo per la cura radicale dell'ernia crurale*, Padova, 1893.

incomoda, e che, se la guarigione avviene per seconda, crea una nuova via predisponente alle ernie ventrali.

Anche a coloro che accedendo dal disopra dell'arcata di Falloppio trasformano l'ernia crurale in inguinale si è obiettato la possibilità della formazione d'un'ernia inguinale sulla cicatrice; e ciò potrebbe certamente avvenire qualora la parete posteriore del canale inguinale aperto non fosse convenientemente ricostruita, o qualora la ferita operatoria non avesse un decorso completamente asettico. Ad ogni modo è chiaro che i processi informati a questo concetto costituiscono delle operazioni complesse, e che molestano nel maschio il cordone spermatico e nella donna il cordone rotondo. Il metodo Ruggi, che appartiene a questo tipo di operazioni, varia — come è noto — a seconda che l'ernia è riducibile, ovvero irriducibile. Nel primo caso si apre il canale inguinale ed, attraverso tale apertura si ricerca e si estrae il sacco erniario, nel secondo caso, prima di incidere il canale inguinale, si pratica una breccia al disotto del legamento falloppiano per isolare il sacco, aprirlo, e svincolate le aderenze. Si sa, però, che in pratica non è sempre facile lo stabilire all'esame clinico se un'ernia crurale è, o no, riducibile, nessuno quindi può dissimularsi i pericoli a cui si potrebbe talora andare incontro operando alla Ruggi un'ernia erroneamente ritenuta riducibile. Per queste ed altre considerazioni, una buona parte dei chirurghi omai si è pronunciata nel senso che il processo inguinale del Ruggi sia da applicarsi in casi assolutamente speciali, e mai come metodo di elezione (1).

I processi di plastica che, al loro sorgere, parvero teoricamente buoni, tradotti in pratica si mostrarono

(1) V. l'inciso a questo riguardo il resoconto della discussione avvenuta nella seduta del 3 aprile 1897 della Società Linceana degli ospedalieri di Roma. (Supplemento al Policlinico, 1897, pag. 530).

assai deficienti. Con essi, infatti, non è possibile chiudere esattamente l'anello crurale, rimanendo molto facilmente una tasca all'esterno.

Il tampone organico costituito dal legamento rotondo, ovvero costituito dal sacco, sia allardellato alla Mac-Ewen, sia suturato al legamento di Gimbernat, ben presto si atrofizza, e come da tempo è stato dimostrato, per assorbimento scompare, e quindi non può impedire una recidiva. Lo stesso, o più rapidamente, avviene per i tamponi di catgut, per le placche d'osso decalcificato (Thiriar), ecc.

In quei metodi in cui praticasi l'abbassamento dell'anata ad esempio, in quello di Fabricius, che è il prototipo di queste operazioni si ha evidentemente alterazione dei rapporti topografici del cuna e inguinale con pericolo di formazione di ernie in questa località (come ebbe a constatare lo Schassler). Anche la regione crurale resta deformata a segno da far correre alla vena femorale serio pericolo di essere compressa, ed al Fabricius stesso toccò osservare in qualche caso segni di tale compressione, e più specialmente esterna del malleolo.

Tanto nel processo di Tricomi, quanto in quello di Colzi, si fa troppo a fidanza per la chiusura del canale col tessuto cellulare connettivo perivasale, il quale si lascia più facilmente snagliare che cedere (Giontano).

Coloro che si limitano alla legatura del colletto ed escissione del sacco senza preoccuparsi di distruggere l'altro elemento distrutibile dell'ernia, cioè l'apertura erniaria, sono fortunatamente più pochi, e per quanto benevole possano essere a loro riguardo le statistiche di Socin e di Banks, pure si deve almeno ammettere col Henderthaler (1) che le ernie piccole operate nel

(1) HENDERTHALER. — *Die Radikaloperationen der Hernien in der Klinik Billroth*, 1877-89 (Vedi *Langenbeck's Archiv*, Bd. XL).

modo accennato, danno un terzo di recidive, e le medie già i due terzi.

Per il metodo Bassini qualcuno emise il dubbio che, dovendosi suturare assieme legamenti ed aponeurosi, tessuti giudicati poco cedevoli, i vasi possano subire stiracchiamenti o compressioni. Prima di eliminare questo dubbio conviene esaminare in che il metodo consista.

Trattandosi, però, d'un atto operativo ispirato a concetto eminentemente anatomico, non possiamo esimerci dal ricordare per sommi capi il vero modo di essere della regione in cui l'ernia femorale si forma, tanto più che nei trattati di anatomia, sì antichi che recenti, troviamo a questo riguardo, ed a seconda degli autori, interpretazioni e descrizioni tra loro ben disperate.

A questo proposito l'Albert (1) così si esprime: « Nel canale crurale si descrissero e si battezzarono con nomi speciali molte parti che furono volta a volta dagli autori successivi rigettate e sostituite con altre alle quali toccò poi la stessa sorte. La strana tendenza a voler riscontrare in una data regione un gran numero di strati, a volerne rendere difficile l'intelligenza e procurare poi di togliere la difficoltà così creata andando in cerca di analogie affatto insussistenti, ha dato luogo nell'anatomia di questa località ad una grande confusione che venne superata soltanto da un'altra confusione, quella dell'anatomia del perineo. »

Poche parole, adunque, sull'anatomia della regione: (2)

I vasi crurali, passati dalla fossa iliaca nella coscia, sono circondati da una guaina connettiva priva di adipe

(1) E. ALBERT — *Trattato di chirurgia e di medicina operatoria* — traduzione it. di una dei dottori Danzolo e Resegotti, Vol. III, pag. 447

(2) Nella conferenza questa parte venne illustrata con preparazioni anatomiche.

e da un'altra guaina comune aponeurotica, che è emanazione della fascia lata, che è svasata nella parte superiore, mentre nella parte inferiore — all'altezza dello sbocco della grande safena nella vena femorale — si serra addosso ai vasi. Da ciò il nome di imbuto che si volle dare a questa guaina aponeurotica, la quale più propriamente, sarebbe paragonabile ad una piramide triangolare a base superiore.

Ho detto che l'imbuto emana dalla fascia lata, e, di fatti, questa dopo aver rivestito la faccia anteriore della coscia, giunta al punto in cui dal legamento di Falloppio si spicca il nastro ileo-pettineo (o di Thompson), si divide in due pagine, una profonda ed una superficiale. La profonda che aderisce in alto al detto nastro costituisce la faccia postero-esterna della piramide (fascia lata iliaca), mentre che la superficiale, che aderisce in alto al legamento di Falloppio sino alla spina del pube, ne costituisce la faccia anteriore (lamina superficiale della fascia lata). La faccia postero interna è rappresentata dalla fascia lata pettinea che si inserisce in alto alla cresta omonima e riveste il muscolo pettineo, unendosi poi all'infuori colla fascia lata iliaca.

Quando nel cadavere vogliamo vedere come si presenta a noi la faccia anteriore dell'imbuto, dobbiamo seguire il consiglio del Bassini: disseccare senza incidere. Tolta la cute ed esportato il tessuto celluloadiposo sotto cutaneo, ecco apparire la lamina superficiale della fascia lata, la quale al disotto della spina del pube s'incurva e si restringe per andarsi ad attaccare alla fascia lata-pettinea, ed in questo punto d'unione è assai sottile e tempestate di forellini per lasciar libero passaggio ai vasi linfatici. A noi non appare il così detto legamento o plica falceiforme di Allan Burns (da altri chiamato legamento dell'Hev.), e così pure a noi non appare la gronda o fovea ovalis, come ce l'hanno descritta

lo Scarpa e il Cloquet, ma invece possiamo osservare una specie di fossetta che sta tra la fascia pettinea innalzata dal sottostante muscolo omonimo e primo allurtore, e l'estremo interno incurvato della parete anteriore dell'imbuto. Fossa di Scarpa e piega falciforme ci appariranno solo se per errore di preparazione, o ad arte, esporteremo questa parte interna della lamina superficiale.

E così pure se apriamo la parete addominale d'un cadavere, e se, dopo aver sollevato il peritoneo ed allontanato il grasso presieroso col ganglio di Rosenmüller, osserviamo dall'alto l'apertura superiore (o base, o anello) del canale crurale, non troviamo altri elementi all'infuori dei seguenti: arcata crurale a. davanti (dal punto di partenza del nastro ileo-pettineo alla spina pubica) - allo esterno e posteriormente il detto nastro ileo-pettineo - all'indietro e posteriormente l'aponeurosi di rivestimento della cresta pettinea (designata pure sotto il nome di legamento sovrapubico di A. Cooper ed, inoltre, l'arteria, la vena ed i linfatici che passano verticalmente in mezzo allo spazio triangolare circoscritto da detti elementi. Noi nulla osserviamo che accenni a quell'organo, che quasi tutti gli anatomici considerano come parte integrante dell'anello crurale normale, voglio alludere al legamento di Gimbernat. Esso si forma solo tuttavolta si distacchi la parte interna, sottile della lamina superficiale della fascia lata, ed evidentemente si forma per gran parte a spese della fascia lata pettinea.

Fossa ovale, adunque, piega falciforme e legamento triangolare di Gimbernat non sono elementi normali, ma convenzionali e, cioè non esistono come tali, ma si formano quando viene a mancare la porzione interna della parete anteriore dell'imbuto. E se nell'ernia crurale essi sono in evidenza, si è appunto perché l'ernia

nello scendere deve di necessità seguire la direzione che ha l'imbuto in basso, in avanti ed indentro, andando così a premere, a rispingere la parte interna della parete anteriore che a poco a poco si lascia sfiancare.

Dovendosi, pertanto — tolta l'ernia — ricostruire l'imbuto crurale, come si dovrà procedere? Bisognerà illuminare l'apertura d'imbocco dell'imbuto sopprimendo anche lo spazio occupato dal legamento di Gimbernat, e tendere trasversalmente la parete anteriore dell'imbuto abolendo la fossa ovale. E questo è appunto quanto ottiene il prof. Bassini coi tre punti che riuniscono lo estremo interno dell'arcata femorale coll'aponeurosi di rivestimento della cresta pettinea, e coi 3-4 punti che saliano la porzione verticale della plica falloppiana alla fascia lata pettinea sino al disopra dello sbocco della magna safena.

È chiaro che trattasi in questo processo di una vera e propria sutura a strati, in seguito alla quale la parte ricostruita viene ad offrire una resistenza anche superiore al normale, capace di sostenere validamente la pressione endoadominale e di contenere i visceri.

Coloro che dubitarono che la vena potesse essere molestata o non compresero o dimenticarono il precetto di Bassini di applicare il terzo punto della sutura che unisce il legamento di Poparzio a quello di Cooper ad un centimetro all'interno della vena, lasciando così quello spazio che esiste in natura per il passaggio dei linfatici. Tale punto può essere dato senza pericoli (cosa della quale alcuni dubitarono) facendo dall'assistente interporre un uncino ottuso fra la vena ed il punto da applicarsi.

Quest'uncino non solo proteggerà la vena da ogni disgraziato accidente, ma, stirando in alto ed all'indietro il legamento falloppiano permetterà nello stesso tempo di passar l'ago sull'aponeurosi pettinea proprio sulla

cresta. Anzi, per quest'ultimo scopo, gioverà applicare l'uncino anche nei primi due punti.

Ma più che ogni ragionamento valga a stabilire l'assoluta innocuità del metodo l'esperienza clinica di centinaia e centinaia di casi, nei quali mai alcuno ebbe a lamentare inconvenienti di sorta nè prossimi, nè remoti, e notisi che il controllo fu portato anche su persona operata da 9-10 anni.

Passo sopra all'obiezione del Kocher (1) che nell'ernia crurale, avente poca tendenza a recidivare, sia inutile moltiplicare le suture perdute, perchè tale obiezione cade da sè davanti alla provata tolleranza dei tessuti per le suture, quando queste son fatte con materiale sterile e sotto la salvaguardia di una rigorosa asepsi.

Le modificazioni che si vollero apportare al metodo Bassini sono, per lo meno, inutili. Cito, ad es., il Raffa (2), il quale pensò di sostituire i tre punti che uniscono il legamento falloppiano all'aponeurosi di rivestimento della cresta pettinea con due punti piegati ad U.

È così pure parmi superfluo trattare il sacco alla Barker-Berget, come fece il Baldanza (3), e poi ricostruire l'imbuto alla Bassini, perchè ormai è provato che nessun infundibolo peritoneale vien lasciato, se, prima di allacciare e resecare il sacco, esso vien per bene spogliato di tutti i suoi involucri e poi attorcigliato su se stesso e stirato in fuori.

Non potendosi negare che l'ernia crurale - specie se piccola - ha poca tendenza a recidivare, si capisce

(1) Vedi *Centralblatt für Chirurgie*, n. 49, 1897.

(2) A. RAFFA. — Di una sutura per la cura dell'ernia crurale. (*La Clinica chirurgica* n. 2, 1897).

(3) A. BALDANZA. — Cura radicale dell'ernia crurale — processo Bassini modificato. (*Giornale medico del R. esercito*, n. 4, 1899).

come ogni autore possa col proprio metodo vantare qualche buono e duraturo risultato. Sta però al chirurgo coscienzioso di scegliere fra i vari metodi, ed applicare quello che non solo dà le maggiori garanzie di stabile guarigione, ma che nel contempo offre il minor numero di inconvenienti. Questi requisiti non li troviamo associati che nel metodo Bassini.

Io, in quest'anno, ebbi l'opportunità di praticarlo due volte nell'ospedale militare di Milano: Nel 1° caso (soldato Ferrara Gastano, del 12 reggimento fanteria) trattavasi di ernia crurale destra, di medio volume, enterica, libera, riducibile, nel 2° caso (soldato Bevacqua Luigi, del 47 reggimento fanteria) trattavasi invece di ernia crurale destra, a sacco bilobato, epiploica, irriducibile per omento aderente. Entrambi, operati sotto l'egida della più scrupolosa asepsi, quale insegnasi nella scuola del prof. Bassini, uscirono perfettamente guariti *per primum* nell'undicesima giornata dall'operazione.

Posso affermare che i colleghi, i quali si compiacquero di presenziare all'atto operativo (che da loro era conosciuto solo teoricamente), vennero nel convincimento, che già da molto tempo si era in me formato, e cioè che il metodo Bassini non solo è sicuro e razionale, perchè basato sulle condizioni anatomiche della regione e sul modo di essere dell'ernia crurale, ma che è anche semplice, di facile manuale operatorio, alla portata di qualsiasi modesto chirurgo, e, soprattutto, sbrigativo a preferenza di ogni altro, potendo essere comodamente compiuto in poco più di un quarto d'ora.

RIVISTA MEDICA

W. OSTER — **La meningite cerebro-spinale epidemica.** —
(*The Boston Med. and Surg. Journal*, luglio 1899)

Ogni infiammazione acuta o cronica delle meningi cerebrali o spinali va sotto questo nome; ma l'A. intende specialmente occuparsi di quella forma autoctona che non è in connessione colle altre malattie e che solo eccezionalmente si incontra nella pratica medica ordinaria. Questa forma assume talvolta un vero germe epidemico, ed è appunto di una recente epidemia scoppiata a Baltimore che egli ha potuto fare le interessanti ricerche delle quali dà conto.

Per quanto una delle più fatali fra tutte le infezioni acute, la meningite cerebro-spinale epidemica, o febbre cerebro-spinale come essa si chiama, non occupa certo il primo posto come epidemia distruttiva, giacchè nessuna si mantiene in proporzioni più ristrette, per modo che la mortalità generale viene da essa leggermente aumentata, ma pochi sono quelli che sfuggono alla morte una volta colpiti. Nell'ultima epidemia di Boston sopra 111 ne morirono 76. La localizzazione per un anno o più ad una sola provincia o ad una sola città, la sua limitazione ad uno speciale rione, e la sua recrudescenza per parecchie stagioni successive, sono caratteristici che già da tempo conosciuti e confermati anche nelle recenti epidemie. Essa colpisce preferibilmente i bambini e i giovani: è rara al di là dei 35 anni.

L'etiologia della febbre cerebro-spinale era oscura sino a pochi anni fa e la maggioranza degli osservatori riteneva che il microgerme rinvenuto negli essudati fosse il pneumococco o una varietà di esso.

Weichselbaum nel 1887 e Jaeger nel 1895 descrissero un diplococco, avente speciali particolarità di cultura, che ritengono specifico di questa forma morbosa, ma di tali osser-

vazioni non fu tenuto gran calcolo ma lo non chiero la conferma dagli studi di Heubner, Cunningham ed altri. Questo microrganismo, variamente conosciuto col nome di meningococco o di diplococco intracellulare, e ora riguardato come la causa speciale della meningite. Nei preparati fatti cogli essudati esso ha generalmente a forma di diplococco e si vede nell'interno delle cellule a tracce libere, non de l'aggettivo di intracellulare, può trovarsi anche libero, e nell'uno come nell'altro caso si colorisce cogli ordinari mezzi di colorazione e si scolorisce col metodo di Gram. Esso cresce nel siero di sangue, in cui forma delle cellule rotonde, biancastre, lenti, vischiose, con margini ben definiti e che a quiete il diametro di $1\frac{1}{2}$ micra. Si trova nell'essudato cerebro-spinale, raramente in altre parti del corpo, però è stato eccezionalmente isolato dal sangue talpae, dalle articolazioni, dall'essudato pneumonico e delle mucose nasali. È poco patogeno per gli animali, i conigli e i gatti hanno resistito all'iniezione sottocutanea; nelle capre Heubner e Cunningham hanno prodotto meningiti tipiche mettendolo in cultura pura nelle meningi spinali.

L'autore ha fatto la puntura lombare in 16 casi ed in 13 ha trovato il diplococco intracellulare. Negli altri 3 la sua presenza era dubbia nei preparati e nelle culture si sviluppò lo stafilococco. Le autopsie praticate in 5 casi dimostrano sempre la presenza del meningococco insieme ad altri microrganismi come lo stafilococco, il diplococco ecc.

Le associazioni microbiche sono frequenti per non dire innanzi tutto in quei casi che comprendono o sono complicati da altre malattie. Tre punti di speciale interesse ha notato l'A. per quel che riguarda il rapporto microscopico nelle autopsie: nei casi cronici è difficile constatare la presenza del diplococco intracellulare, l'associazione più frequente è quella del pneumococco, quella col bacillo della tubercolosi è possibile ma rara. Tali risultati confermano in complesso quelli di Weichselbaum, Jaeger, Heubner e Cunningham, messe in dubbio dal solo Netter, tra i recenti osservatori, il quale, ritornando sulle antiche vedute, ritiene che l'importanza del pneumococco in relazione alla meningite cerebro-spinale e epidemica non sia ancora stabilita con sicurezza sperimentale. La frequente occorrenza di reattica e complicazione tra la polmonite e la febbre cerebro-spinale, la coincidenza con questa di molte altre infiammazioni che possono essere de-

terminale dal pneumococco implicano, secondo lui, l'esistenza di intime relazioni tra l'una e l'altra malattia. Egli sembra pensare che il meningococco sia una forma degenerativa del pneumococco e che la sua posizione intracellulare rappresenti un periodo di linfoctosi. La difficoltà di ottenere numerose e resistenti colture, non che la innocuità dimostrata sugli animali, sono per lui altrettanti argomenti che convergono in favore della sua idea.

L'A. pure ammettendoci essere universalmente riconosciuto che anche il pneumococco possa dare una meningite cerebrospina e primitiva, combatte con una serie di argomenti, tratti dalle sue personali esperienze, l'idea del Netter e ritiene che la forma morbosa prodotta dal pneumococco debba essere, tanto clinicamente che batteriologicamente, distinta da quella dovuta al diplococco intracellulare.

La diagnosi della meningite non è sempre facile e come succede talvolta, si trovano *post mortem* le meningi perfettamente integre, pure essendo apparsa sicura in vita la sintomatologia della meningite, così in casi di pneumonia si frivola altre affezioni croniche, succede non infrequentemente di ritrovare all'autopsia i segni dell'infezione meningitica non sospettata durante la vita.

Una classificazione etiologica della malattia è oggi possibile solo in parte, e quindi necessariamente incompleta.

Passando al nosografismo l'A. sorvola sui fenomeni più conosciuti e si ferma in modo particolare su quelli che hanno richiamata maggiormente l'attenzione dei recenti osservatori.

L'inizio della malattia, in contrasto con altre forme, specialmente la tubercolare, è generalmente improvviso. Un grave dolore alla nuca mentre uno lavora o nello svegliarsi da un sonno profondo ne è spesso il primo e l'unico segnale.

La febbre non ha un tipo costante e può anche mancare sul principio. Non si osserva un aumento costante della temperatura dall'inizio all'acme, e qualche volta già al 3° o 4° giorno può aversi temperatura normale. Talora la febbre ha un corso intermittente ed ogni parossismo è preceduto da brividi, il che ha fatto spesso equivocare i nostri vecchi medici, come ha indotto in errore qualcuno anche recentemente, che ha voluto considerarla quale una manifestazione di paludismo, però un'attenta osservazione rende possibile la diagnosi differenziale essendo il parossismo della febbre

cerebro-spinale molto più uogo di quello malarico. In quel che caso il decorso somiglia a quello della febbre tifidea; in altri, specialmente se cronici, alla tubercolosi.

Le *eruzioni alla pelle* sono piuttosto frequenti, svariate per forma, per sede, per estensione, e costituiscono un importante criterio diagnostico.

Il *sangue* studiato accuratamente in tutti i casi mostrò sempre grande abbondanza di leucociti. Di regola non vi era speciale riduzione dei globuli rossi, né la leucocitosi mostrò di avere un valore speciale nella diagnosi differenziale delle varie forme di meningite.

L'*artrite* e più spesso la *periartrite* furono osservate nel corso della malattia, ed in taluni casi ne costituirono addirittura l'inizio.

Il *segno di Kernig* è stato trovato in tutti i casi valutati dall'A. È un'ancora osservazione che i malati di meningite protratta, specialmente i bambini, giacciono molto spesso colle cosce flesse sull'addome e colle gambe in uno stato di parziale contrazione, che spesso non è possibile vincere. Per ricercare il segno di Kernig, dovessi porre il paziente a sedere sul letto tentandolo a parimenti di stendere le gambe sulle cosce, e quando non si possa larghi assumere questa posizione, si può saziare la possibilità di stendere la gamba dopo aver flesso fortemente la coscia sull'addome, stando l'individuo in decubito laterale. La resistenza che in tali casi oppongono i flessori alla completa estensione della gamba sulla coscia costituisce appunto il segno di Kernig, il quale è dimostrato inamovibile quando anche le meninge spinali sieno compromesse. La sua assenza non fornisce indicazioni sull'intensità del processo.

La *puntura di Quincke* è il solo mezzo che ci permette in un gran numero di casi la decisione sull'esistenza della meningite e sulla sua forma.

Della sua importanza e del modo di eseguirla fu già parlato in questo periodico.

L'A. consiglia come luogo di elezione il secondo spazio intervertebrale e ombare perché il 3.^o e il 4.^o possono dare risultati negativi. Taluni hanno voluto riconoscerle anche un valore terapeutico, e sono nella letteratura medica esempi nei quali la gravità dei sintomi fu prontamente mitigata dalla remozione di una quantità variabile di fluido spinale. L'A. ha voluto anche egli tentare degli esperimenti, ma solo

in alcuni ha avuto qualche apparente beneficio, mentre i più sono stati completamente negativi e per conseguenza non cre le polersi pronunciare in modo favorevole. Riguardo al trattamento terapeutico già conosciuto applico largamente il ghiaccio o in qual volta la temperatura era molto elevata e fece un uso esteso di morfina quando i dolori erano molto violenti. Non ricorre mai alla laumetecina sebbene in questi ultimi tempi si sia ottenuto un caso di guarigione e in questo mezzo. Edli non pare che dimostri molta fede su questo trattamento, ne considera come un'estrema risorsa a cui si può ricorrere nei casi di estrema necessità.

C. J.

W. BRUGEMANN. — Asma e tubercolosi: breve contributo allo studio dell'asma. — (*Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 32, 1899).

L'A., che in un tempo recente lavoro aveva negata la comparsa dell'asma con la tubercolosi, osserva poi tanti casi in cui gli asmatici erano tubercolosi. Il fatto caratteristico è che in tutti i casi l'infezione non comparve se non dopo che l'asma era guarita, ossia dopo che gli accessi di asma avevano fatto sosta. L'A. sostiene anche ora a parere già espresso anteriormente che cioè la tubercolosi pronchi e il nuovo ne controlla a motivo dell'asma oppure un effluvio ostacolo alla penetrazione dei bacilli della tubercolosi.

E. T.

W. FERTIN. — L'associazione dell'epilessia (o di accessi epilettiformi) col diabete mellito (o glicosuria). — (*Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 35, 1899).

Il diabete mellito e l'epilessia possono accidentalmente presentarsi in uno stesso individuo e indipendentemente l'una dall'altra. In altri casi, come in uno osservato dall'A., l'epilessia e la glicosuria persistente insorgono in uno stesso individuo sopra la base comune di una disposizione congenita, o di una predisposizione familiare neuropatica. Gli accessi epilettiformi o l'epilessia quale conseguenza del diabete sono molto rari ad osservarsi; su 80 casi di coma diabetici sono descritti soltanto 6 casi di convulsioni; e

queste di bbonarsi considerando quia contrazioni da intossicazione — ora ogamente a quanto si osserva nell'uremia — e van riferite ad un'a etonimia, come nel caso descritto dal Jacoby, di un diabetico in cui l'etonia intermittente e accompagnata da accessi di contrazioni. Al contrario non venne osservato con certezza e descritto un diabeto o una glicosuria quale semplice conseguenza di etlessia adopastica, o quale postumo di un accesso epilettico. Invece nelle affezioni organiche del cervello, come l'A. osservò in due casi, gli accessi epilettici e le diete possono insorgere contemporaneamente, in seguito alle affezioni stesse, in tali casi si trattava di un'afezione o labile del cervello con accessi di contrazioni e coi sintomi di diabeto mellito di carattere intermittente, le contrazioni avevano l'impronta dell'etlessia Jacksoniana ed erano insorte, in un caso, prima della paralisi, nell'altro dopo di questa. Perciò l'A. consiglia di procedere all'esame delle urine per la ricerca del glucosio e degli epaletti, e specialmente a tutti affetti da etlessia Jacksoniana.

E. T.

SIMILES — Stitichezza abituale guarita con la cura dell'olio — (*Centralblatt für med. Wissen*, a 29 1896)

Un sergente in servizio da 9 anni, il quale soffriva di stitichezza da 5 anni e in cui in principio le scariche avevano luogo ogni due o tre giorni, per tardi ogni cinque o dieci giorni, venendosi persino con volte una pausa di 16 giorni, fu ricevuto nell'ospedale il 10 febbraio 1897, e sottoposto alla cura degli enteroclistmi oleosi.

Individuo di robusta costituzione fisica, senza malattie di importanza, ne pregresse ne in corso. L'unica scarica mancava da tre giorni. Ind come era costabile, ma al disotto dell'ombelico, e nella pancia, un punto doloroso alla pressione. Gli enteroclistmi d'olio furono amministrati giornalmente fino al 17 febbraio, in quantità di 500 grammi, col l'irrigatore innnesso stando l'intermo in decubito dorsale e col bacino rialzato. Dal 18 al 24 febbraio furono somministrati 250 grammi di olio al giorno.

Dopo 13 giorni di cura l'individuo fu innnesso dal ospedale essendosi constatato che aveva luogo una scarica alvina giornaliera.

Decorse un intero anno, durante il quale il paziente ebbe giornalmente 1-2 scariche, senza mai ricorrere a purganti.

Si deve soltanto osservare che occorre molta cautela nella scelta dell'olio da usarsi per enterocisma. Le miscele d'esso con zedo, acido solforico, soda ed altri ingredienti, produssero non di rado d'î vivi dolori colici e tenesmo.

Siccome il prezzo dell'olio puro di olivo è piuttosto elevato, si può impiegare l'olio di papavero o di sesamo, però sottoposti a previa compressione.

E. T.

KOBLER — L'importanza diagnostica dell'affezione dell'epiglottide nel tifo addominale. — (*Centralblatt f. med. Wissen*, n. 33, 1899).

Le alterazioni caratteristiche dell'epiglottide descritte dal Louis e più tardi da Landgraf, furono di grande valore per l'A. nello stabilire la diagnosi in 3 casi. In uno di questi casi, in cui si trovarono le forme de' Laveran dei parassiti della malaria, fu possibile, per mezzo di dette alterazioni, di dimostrare la combinazione del tifo addominale con la malaria. L'A. considera altresì importante per la prognosi la conoscenza dell'affezione faringea. Finché dura l'infiltrazione dell'epiglottide, il processo è in aumento; quando essa va scomparendo si può affermare che anche la malattia principale è in diminuzione.

E. T.

M. BERNHARDT — Circa la così detta paralisi recidivante del facciale. — (*Neurolog. Centralbl.*, 1899, n. 4-5)

L'A. comunica nuovi casi di paralisi recidivante del facciale già in parte ne annate in precedenti lavori ed oggi alternamente osservate. Dalla rivista delle pubblicazioni fin qui fatte circa la malattia in parola risulta che questa si verifica in circa il 7 p. 100 di tutte le paralisi del facciale. Sembra che gli uomini ne saro più frequentemente colpiti delle donne. Le recidive insorgono tanto prima dei 20 che dopo i 50 anni, ma più spesso fra i 20 e i 50, periodo in cui sono più frequenti le paralisi periferiche del facciale. Le recidive possono presentarsi parecchie settimane o parecchi anni dopo la paralisi; però una seconda recidiva, nella massima parte dei

casi, non insorge prima di 5-7 anni. Quasi sempre le prime recidive si presentano sotto forma di paralisi più gravi che le primitive.

Circa il 10 p. 100 delle paralisi recidivanti del faccia e sono dipendenti da processi infiammatori cronici dell'orecchio medio o da stati patologici della base del cranio: nel 6,6 p. 100 delle stesse paralisi si accerto pregressa sifilide. Nel 5 p. 100 trattavasi di diabetici. Nel 1,3 p. 100 di individui a parte-nenti ad un quarto gruppo, trattavasi di soggetti nervosi o pre-disposti ad affezioni del sistema nervoso. Nel 66,6 p. 100 di tutti i casi non si poterono accertare i fatti causali fin qui noverati.

Per quanto riguarda la spiegazione della predisposizione ereditaria od acquisita alle paralisi recidivanti del facciale, l'A. non conviene nell'ipotesi di un'abnorme struttura delle ossa del cranio e della faccia, come pure non è dimostrato che le paralisi periferiche del facciale sian da riferirsi a malattie da infezione o ad intossicazioni.

E. T.

NAAME. — Traumatismo e sua importanza occasionale e localizzatrice in un alcolista. — (*Rev. de médecine*, n. 2, 1899).

Un uomo di 50 anni, un bevitore straordinario, ma sano fino allora, ricevette un colpo sulla tibia destra, a cui seguì una neurite (paresi dei muscoli della gamba, atrofia, alterazioni della sensibilità e dei riflessi), a cui fu pure attribuita la tumefazione del ginocchio.

L'A. crede che la neurite fosse di natura alcolica, ma che si sia fatta manifesta soltanto pel trauma.

E. T.

I Rudis. — I raggi X nella diagnosi della tubercolosi polmonare. — (*New-York Medical Journal*, n. 32, 1899).

Vista la massima importanza di una esatta diagnosi di incipiente tubercolosi polmonare, memore del precetto *Qui bene diagnoscit bene medebatur*, l'A. volle istituire una serie di raffronti di esami obiettivi del torace, praticati prima con gli ordinari metodi di semiologia moderna, poscia con i raggi X, servendosi costantemente del fluoroscopo.

Nel maggior numero dei casi i risultati ottenuti con i due metodi si corrisposero pienamente, ma in parecchi altri l'esattezza dell'esame fluoroscopico fu maggiore di quella ottenuta con l'esame semeiologico e servì utilmente a correggerlo. Così in quattro casi nei quali l'esame obiettivo era risultato negativo, a fluoroscopia si scoprì una tubercolosi al primo stadio, ed in due casi nei quali l'esame obiettivo comunque aveva condotto alla diagnosi di tubercolosi al primo stadio si riscontra invece che questa si trovava al secondo. Descrivendo i vari reperti fluoroscopici ezi confermò a tutti gli osservatori, rilevando come i polmoni normali sono perfettamente trasparenti, mentre nella polmonite al primo stadio stanno a ombra che assomigliano al piumo a quelle della infiltrazione tubercolare, nel secondo stadio, ombre come nelle epatizzazioni tubercolari, nel terzo stadio uguali al primo. Gli ispessimenti periferici appaiono oscuri, nell'asma e nell'emfisema una trasparenza eccezionalmente chiara. Nei versamenti pleurici si scorge un'ombra nera che alla succussione varia di livello, i tubi tracheali liberali semplici, son rappresentati da lievi tubercoli, gli ispessimenti del tessuto polmonare da ombre molto marcate, le caverne sono rappresentate da macchie chiare in mezzo ad un campo più o meno oscuro a seconda delle condizioni del tessuto polmonare che le circonda. L'addio non riuscì invece che ad ottenere radiografia degli organi toracici, in otto temperielle. Come si è detto, l'importanza dell'esame fluoroscopico nelle malattie polmonari, esame che associato all'ispezione, palpazione, percussione, auscultazione, potrà far evitare gravi errori di diagnosi.

G. B.

T. SUVIERI — Sulla cura dello scorbutico con l'ipofosfito di calcio — *(Supplemento del Policlinico, n. 50, 14 ottobre 1899)*

L'autore, premessa la storia di alcuni malati di scorbutico curati con esito brillantissimo mediante l'ipofosfito di calcio, comincia aver questo rimedio un'azione curativa inalterabile, superiore a qualunque altro medicamento quando vi sia emorragia in esso. Egli dice il suo uso a dose di 5-10 grammi al giorno, ed essendo tal sale perfettamente tollerato dal paziente, lo giudica vieppiù conveniente trattandosi di malattia nella quale tutto il segreto sta

nella continuità della cura. Pure ammettendo che i succhi antiscorbutici sieno sovrani rimedi in tale affezione morbosa, consiglia sistematicamente l'uso dell'ipofosfato di calcio nei mesi in cui questi succhi non si possono aver freschi, ma, cosa importantissima, consiglia di non interrompere la cura se non 10-12 mesi dopo la scomparsa di ogni manifestazione scorbutica. Premesso come nel sangue degli scorbutici si trovi una notevole diminuzione di tutti i componenti inorganici del sangue rispetto al normale (Holmeisler, Lizzoni, Abertoni, ecc.), egli con tal fatto spiega la benefica azione sulla crisi sanguigna dei succhi di legumi freschi e di crucifere nei quali si trovano tutti i cloruri e i sali del sangue, e, quel che è maggiormente importante i fosfati alcalini e erosi. Con la somministrazione dell'ipofosfato di calcio si verrebbe ad ottenere un effetto analogo fornendo all'organismo, mercè questo sale, il fosforo e la calce di cui abbisogna.

G. B.

RIVISTA CHIRURGICA



TRENDELENBURG. — Sull'estirpazione della milza in seguito a lacerazione da contusione addominale e sulla laparotomia in genere in tali contusioni. — (Deut. medizinische Wochenschrift, n. 10-11).

In un lungo articolo pubblicato due anni fa del predetto giornale berlinese l'A. tratta ampiamente la importante questione ed in modo che, e per la discussione dei quadri sintomatici riferiti a ciascuna lesione, e per i corollari terapeutici che ne trae, non può non riuscire di sommo interesse per chi si occupa di traumatologia militare.

Ne daremo dunque un'ampia esposizione troncando in molte parti più che riassumendo.

Il T. dopo accennato, come pochi, siano finora i casi conosciuti di rottura della milza da contusione senza ferita e le pareti dell'addome, espone sei casi da lui osservati di cui due nella clinica di Bonn e 4 in quella di Lipsia. Quattro di questi

casi si terminarono colla morte, due guarirono. In tutti venne praticata la laparotomia.

Riguardando le sei storie cliniche di questi casi si riscontra 4 volte la sola rottura della milza, una volta si trovò contemporaneamente rottura del lobo sinistro del fegato, una volta rottura del rene sinistro e del lobo destro del fegato.

Le cause che produssero l'accidente furono in tre pazienti arrociamento con carri pesanti, due di questi ebbero contemporanea rottura del fegato, in due feriti si ebbe un potente urto nella regione della milza, ed un ultimo cadde dall'alto urtando col fianco sinistro sopra una colonna.

In cinque casi si trattava di milza normale ed un sesto aveva la milza al doppio del suo normale volume ed in questo si capisce come tale circostanza abbia favorito la rottura dell'organo. Eder su 73 casi di rottura della milza trovò il 23 p. 100 patologicamente alterate.

È di somma importanza pratica fare la diagnosi di rottura della milza molto in tempo perchè solo un atto operativo può dare speranze di successo.

Ma poichè in quest'organo affetto da ferite contuse avviene come in ogni altra parte del corpo che entrino in gioco vari elementi per determinare l'entità dell'emorragia (trombosi, spasmi vasali, paralisi vasali ecc.), così non sembre siamo in grado di valutare sin dal primo momento l'entità della lesione, specie se trattasi di semplice crepaccio della milza.

Su 44 casi raccolti da Eder, 12 furono rapidamente mortali, 9 lo furono dopo la prima ora, la metà circa dopo trascorsa la prima ora dall'accidente. Tra i feriti ricoverati nell'ospedale vivi, il termine entro cui l'operazione fu possibile con speranza di guarigione si sparse sino a 24 ore.

La diagnosi, allorchè i sintomi cominciano a manifestarsi, può tosto farsi con sufficiente sicurezza.

L'anamnesi ci dice come sia avvenuta una forte contusione nella regione della milza. Non si manifestano subito gravi sintomi di Shock, anzi il ferito può talvolta camminare o recitarsi al suo domicilio in vettura, mezz'ora o più trascorre prima che si manifestino i primi sintomi; consistenti in vomito, forte dolore e senso di debolezza. I dolori sono accusati nella regione della milza, si esasperano nei profondi movimenti respiratori, e colla pressione, la respirazione è alquanto intercorsa. Si sarebbe inclinati a credere ad una frattura di coste, ma benosto i dolori si diffondono in tutto lo

a bilome e si manifesta un sintoma comune a tutte le rotture nella cavità dell'addome: la contrattura dei muscoli addominali, la quale si esagera a più a più col tatto avvenza colle pareti del ventre. Questa contrattura nelle rotture della milza è molto marcata nelle parti superiori dell'addome.

Tosto si può rilevare anche un'ottusità attorno la milza e nelle confinanti regioni dell'addome. Non appena questa ottusità ha preso una certa estensione si può osservare quanto segue. Nella posizione supina dell'infermo l'ottusità nella regione della milza si estende tutt'attorno per 2 o 3 dita trasverse, si porta verso la regione lombare sinistra invadendola completamente di dove si allarga all'interno verso la regione ipogastrica, dove, nei casi di copioso versamento sanguigno, si trova la più marcata ottusità. La forma di questa ottusità è caratteristica per avere una linea di confine convessa in alto, ciò che si fa distinguere dall'ottusità dovuta al liquido ascitico che si presenta con linea orizzontale. Nell'ascite le pareti dell'addome sono flaccide, gli intestini si portano liberamente in alto del liquido, invece nell'emorragia abbiamo forte contrattura dei muscoli dell'addome ed il pacchetto intestinale fortemente serrato tra la parete contratta e la colonna vertebrale serra il passaggio verso l'alto al sangue raccolto nella cavità del bacino e nella regione inferiore dell'addome. Avendo ivi una raccolta di sangue e coaguli, avviene che nei cambiamenti di posizione degli ammalati la ottusità non si sposta che di poco.

Una prova della forte pressione cui è sottoposta questa raccolta di sangue l'abbiamo nella forza con cui essa viene proiettata all'esterno, quando apriamo l'addome.

Non tanto semplice è la diagnosi quando trattasi di contemporanea rottura del fegato o di altri visceri, se l'ammalato non precisa bene il sito dolente e se vi è stata rapida effusione sanguigna. Allora soltanto con la esplorazione diretta per mezzo della laparotomia può esser scemata la questione. Si pratica l'incisione mediana, prima al disotto dell'ombelico per vuotare il sangue, i idrai disopra per l'accesso, o sufficiente ad introdurre la mano, colla quale si esplora prima la milza, indi il fegato e gli altri organi. Quando debba trasportarsi la milza, se non vien fatto di attrarla senza cui collà verso il taglio mediano, si compie altra incisione trasversale rasentando il bordo costale. Arremondi conviene comportarsi quando sia necessario un intervento sul fegato.

Convieno anche esplorare l'omento e il mesenterio.

Ne qui devono arrestarsi le ricerche cliniche. È necessario al chirurgo fare la diagnosi differenziale tra rottura di milza, fegato o mesenterio da una parte e rottura dello stomaco o dell'intestino dall'altra.

In qualunque di tali casi noi assistiamo alla stessa serie di sintomi — shock, il dolore, stato del polso ecc. — ma quando si verifica versamento entro il peritoneo constatabile dalla ottusità, a loro noi possiamo subito distinguere se esso sia dovuto a sangue o liquido stomacale od intestinale, in quanto e in quest'ultimo caso si avrà contemporanea presenza di gas rilevati e tal timpanismo manifesto che ricopre e sostituisce l'area normale del fegato.

Vero è che vi sono rotture intestinali non accompagnate da fuoriuscita di liquido o gas, e questi sono i casi più difficili, massime se si combinano con rotture della milza, fegato o mesenterio con emorragia, ma è bene staratutto dall'esperienza che ogni qualvolta una rottura stomacale e degli intestini è seguita da fuoriuscita di liquidi, si ha contemporanea uscita di gas.

Si ricerca dunque l'area di ottusità del fegato, ma bisogna notare che essa non sempre scompare totalmente e poiché la tensione delle pareti addominali spinge l'aria verso i lati e fa sì che la superficie del fegato resti in parte in contatto delle pareti. Si troverà dunque l'area rimpicciolita ed una striscia timpanica in alto tra l'ala polmonare ed il fegato. Bisogna anche rammentare in questo esame che l'area epatica può anche essere rimpicciolita senza presenza di aria, come Spranger lo ha rilevato, nella situazione di talo dell'organo, come succede nei giovani per forte tensione delle pareti addominali con paralisi intestinale. Ora nei casi in cui si discorre si ha appunto la tensione delle pareti, ma manca da principio la paralisi degli intestini i quali sono anzi contratti difficilmente si avrà lo spostamento accennato.

Anche la ricerca dell'ottusità dovuta a versamento sanguigno deve praticarsi con insistente attenzione, non sempre presentandosi scevra di difficoltà.

•••

Ci si presenta all'esame un ferito il quale ha ricevuto un forte trauma all'addome una o due ore avanti, e necessario risolvere al più presto il quesito se si tratti di una semplice

confusione e quindi si possa tranquillamente aspettare gli eventi, oppure sia avvenuto una rottura interna per la quale è indicata la pronta laparotomia. Anche quando manca aria o versamento liquido nell'addome la questione non si può subito risolvere con sicurezza.

Qui l'A. passa allo studio in tutti dei sintomi propri a queste lesioni, esaminandoli con critica acuta e dettagliata. Riasumiamo le sue conclusioni.

Shock. Questo sintomo cui si dà una capitale importanza in qualche manuale teorico non ha invece che un valore molto relativo. Esso può manifestarsi fortissimo in casi a decorso benigno e mancare od essere pochissimo accentuato nei casi più gravi, sia di rottura di milza o fegato come li stomaco o degli intestini.

Polso e respirazione. — Nelle prime due ed anche tre ore dal accidente la respirazione non è che di poco resa affannosa, il polso oscilla tra 80 e 90 pulsazioni, trascorse però le 24 ore lo stato peggiora, il polso si fa più piccolo e più frequente sebbene si conservi abbastanza energico il colore del volto terreo, e si può augurare — nel dubbio — che emorragie il polso cade presto, non così nelle perforazioni.

Anche in questi momenti non può pararsi il shock inteso di progressiva anemia nelle rotture, e di morte peritonitica e peremorragica. La laparotomia guazza già in ritardo.

Vomito. — È un sintoma di importanza per la diagnosi precoce.

Nelle contusioni senza rottura ordinariamente esso manca. Nelle rotture di stomaco o di intestino, il vomito compare immediatamente od al più tardi nella prima due ore successive, nel mentre nel pericolo di pausa si ha forte senso di nausea.

L'intensità del sintoma è varia, con maggior forza esso si presenta quale inizio di rapida diffusa peritonite. Anche nei casi di emorragia il vomito non manca, sebbene talvolta tardi a manifestarsi anche 4 ore.

In ogni caso in qualunque istante dopo l'accidente, o poco tempo dopo, si verifica la comparsa del vomito, occorre attento esame e vigilanza. Quasi sempre esso significa una grave lesione endoaddominale.

Dolore. — Intenso dolore significa lesione interna. Si rifletta però che l'assenza di dolore non significa il contrario.

In un infermo di 50 anni contuso dalle ruote di un carro l'A. fu portato in primo tempo a sospettare semplice frattura di coste tanto era lieve il dolore, ma aumentatosi questo dopo tre ore e fattosi il polso più piccolo e frequente, praticò la laparotomia riscontrando rottura del fegato.

Anche nelle lacerazioni intestinali il dolore può mancare nelle prime ore.

Il dolore provocato colla pressione ha anche molta importanza sebbene sia molto delicato il giudizio se esso debba riferirsi alle pareti od a visceri lesi. Quando il senso di dolore provocato colla pressione è seguito da evidente contrattura ridotta delle pareti, si può dedurre che esso riferiscasi a lesione viscerale anche quando siano evidenti tracce di contusione sulle pareti.

Questo sintoma si fa più intenso rapidamente quando si tratta di rotture, in special modo se si tratta di lacerazioni intestinali e dello stomaco. Nondimeno conviene rammentare che si danno nei casi di tali lacerazioni in cui non si versa rapidamente nel peritoneo contenuto viscerale nè appare per alcune ore dolore alla pressione.

Contrattura tonica dei muscoli addominali. - È questo un sintoma della più alta importanza perchè manca quasi assolutamente nelle contusioni semplici delle pareti. I muscoli di queste pareti sono contratti in alto grado e più in quelle parti ove risiede l'organo colpito, in alcuni casi si ha l'immagine di una contrattura tetanica. Tutti i muscoli vi partecipano, il cremastere stesso è contratto, lo scroto è represso, la verga è diretta in alto.

Subordinato a questo sintoma è il timpanismo il quale, non sempre si osserva anche in casi di rotture intestinali, sia per la contrattura delle pareti come anche per lo spasmo tetanico cui vanno incontro gli intestini colpiti. Questo spasmo si verifica anche in casi di semplice contusione delle pareti.

Da quanto si è esposto emerge l'importanza dell'accurato studio dello stato generale dei feriti come di ogni sintoma per avere un pronto criterio sulla linea di condotta. I risultati della laparotomia e sutura dello stomaco e degli intestini saranno migliori quando l'intervento giungerà in tempo ossia il più presto possibile. Sinora questi interventi nelle ferite di cui si parla hanno dato risultati peggiori che nelle ferite per arma da fuoco e ciò non per la diversa entità delle ferite ma per il diverso tempo interposto prima di portare sul tavolo d'operazione i feriti.

Decisa l'operazione il T. raccomanda di seguire il procedimento consigliato da Mikulicz consistente nel praticare preventivamente una incisione di prova, piccola, lungo la linea alba al disotto dell'ombelico. Si osserva allora se fuoriesce aria o sangue o liquido stomacale od intestinale. Il dito indice introdotto uscirà bagnato di una delle sostanze e avrà l'odore del contenuto intestinale, o se si tratta dello stomaco, si sentirà odore di un liquido, di qualche medicamento già somministrato all'infermo.

Comprovata l'esistenza di una lesione viscerale si completa la laparotomia aprendo un ampio campo alla ricerca dell'organo leso. Se la ferita è insufficiente si completa con incisioni trasversali avendo presenti le regole comuni per l'esecuzione della laparotomia, sia per ciò che riguarda la tutela degli intestini, come il trattamento successivo delle ferite riscontrate.

F. C. M.

W. KAUSCH. — Pyloroplastica e gastroenterostomia. —
(*Mittheilungen u. d. Grenzgebieten der Medizin und Chirurgie*, pag. 347, 1899).

Rispetto alla funzionalità dello stomaco prima e dopo tali operazioni, l'autore dopo una lunga serie di esperimenti propri e dopo presi in esame quelli forniti dalla letteratura, viene alle seguenti conclusioni:

A) Prima dell'operazione:

1° Quando le ulcere non interessano il piroo direttamente, danno raramente gravi disturbi motori o secretori;

2° Talvolta può esistere una grossa ulcera al piroo senza traccia alcuna di disturbi motori;

3. Si riscontra stato di contrazione del piroo tutte le volte che l'ulcera risiede in un punto qualunque dello stomaco;

4° La contrazione del piroo provoca sovente disturbi motori e secretori, ma quasi sempre di grado leggero;

5° La gastro-sucorrea si osserva soltanto nei disturbi di mobilità, per lo più è in relazione con un'ulcera a certa o con una stenosi cicatriziale del piroo, più raramente con uno stato di contrazione del piroo stesso.

B) Dopo l'operazione:

1° La mobilità dopo la gastroenterostomia torna presto al normale, ma altrettanto frequentemente può cadere a di-

sotto del normale. Dopo la piloroplastica meno rapidamente torna al normale, ma tale normalità presenta carattere di maggiore stabilità che dopo la gastroenterostomia,

2° Lo stesso rapporto si verifica per l'acidità: dopo la gastroenterostomia il succo gastrico spesso non contiene acido cloridrico libero;

3° Dopo la gastroenterostomia si riscontrano sempre piccole quantità di bile nello stomaco, mentre ciò si riscontra molto raramente dopo la piloroplastica; tal fatto però quasi mai costituisce un inconveniente serio;

4° Le ulcere guariscono rapidamente tanto dopo la piloroplastica, come dopo la gastroenterostomia.

L'autore dichiara di preferire in genere la piloroplastica alla gastroenterostomia perchè la piloroplastica a differenza della gastroenterostomia, procura il ritorno a condizioni quasi fisiologiche o che per lo meno molto si avvicinano alle fisiologiche, perchè la gastroenterostomia è operazione lunga ed indolosa se fatta con piana di sutura, mentre praticata col bottoni di Murphy questo corre il pericolo di ricader nello stomaco, ed i risultati lontani della piloroplastica eguagliano perfettamente quelli di una gastroenterostomia ben riuscita.

Aggiunge come nella gastroenterostomia sia pur troppo facile la formazione del temuto *circolo vizioso* e cioè specialmente in casi di avanzata atonia dello stomaco, ad evitare tale sgradevole continuanza, si usa modificare l'operazione aggiungendovi un'entero-enteroanastomosi, ciò che naturalmente complica ed allunga naturalmente il processo, di fronte sì talmente a quello tanto semplice della piloroplastica.

Come metodi, l'autore preferisce il metodo tipico nella piloroplastica e nella gastroenterostomia il metodo di Von Haecher rendendo l'ansa del tenue a circa 50 centimetri al disotto del duodeno.

G. B.

KLABELL. Estirpazione della milza per rottura sottoutanea dell'organo (*Deut. med. Wochenschrift*, n. 36).

I casi di estirpazione della milza maggiormente noti nella chirurgia sono quelli praticati per malattie della milza stessa quali: ipertrofia, tumori fibrosi o leucemici, echinococco, cisti sanguigne, milza migrante ecc. Però i risultati ottenuti

da tali operazioni non sono davvero incoraggianti, poiché si registra una mortalità dell'89 p. 100 dei casi.

Invece buonissimi sotto ogni aspetto sono i risultati ottenuti dall'operazione in casi di ferite della milza, quando specialmente esse furono accompagnate da ferite delle pareti con prolasso dell'organo o senza.

Le statistiche di Leckersose Adlermann, Eder, dimostrano come la resezione della milza eseguita immediatamente dopo una ferita sia un intervento affatto innocuo.

Così nei casi citati da tali autori si ebbero altrettanto guarigioni quanti furono gli interventi.

Non così procedono le cose quando trattasi di rottura sottocutanea della milza, in questi casi interviene molto frequentemente la morte per emorragia per troppo tardo intervento.

L'A. ha potuto raccogliere notizie su 13 estrazioni di milza praticate in simili casi con 7 guarigioni.

Riferisce la storia clinica di un malvivo operato fatalmente da lui. Trattavasi di un ragazzo di 19 $\frac{1}{2}$ anni il quale cadendo da una scala, andò a battere col ventre su un gradino. Non ebbe sintomi di shock, ma dolore al lato destro dell'addome, nella regione epatica e al collo.

Due ore dopo l'accaduto si osservava quanto segue.

L'ammalato era in completa coscienza, colorito del volto pallido, pelle fredda, temperatura del corpo 37°, polso frequente, respirazione angosciata evidentemente dolorosa.

Cuore e polmoni liberi, addome contratto, ovunque dolente alla palpazione ma più specialmente a destra nella regione epatica.

L'ottusità epatica era naturale, nella regione inferiore dell'addome esisteva evidente ottusità in ambe le parti. L'urina estratta col catetere era chiara, priva affatto di sangue. Al collo non si constatò lesione alcuna.

Poiché verso la sera il polso si era fatto più piccolo, era aumentata la debolezza, non essendovi sintomi di shock decise la laparotomia.

Narcosi eterco-doriformica, taglio sulla linea alba - uscita di sangue che si suppone provenisse dal fegato. Incisione trasversale lungo l'arco costale destro. Il fegato fu riconosciuto intatto, si passò allora ad esaminare la milza la quale fu trovata rotta in due pezzi. Legatura del filo, asportazione di uno dei frammenti, zaffamento della regione con

garza iodoformica, sutura della parete addominale, iniezioni di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, ecc.

Il decorso fu incerto nei primi giorni successivi, continuando il vomito, polso piccolo e frequente, insonnia e delirio; ma in seguito scomparvero speditamente tutti i sintomi molesti e l'ammalato guarì 30 giorni circa dopo l'operazione.

Le rotture di milza nelle contusioni addominali sono certamente più frequenti di quanto si creda, in ispecial modo in individui già affetti da qualche alterazione dell'organo.

Che di queste rotture alcune guariscano spontaneamente è fuori dubbio, come lo dimostrano reperti necroscopici di cadaveri talvolta estesi. Ma certo la maggior parte sono rapidamente mortali e non vi è speranza di scampo che nella laparotomia ed ablazione dell'organo.

Ma la decisione per l'atto operativo ha da essere sollecita, perocchè diminuiscono le probabilità favorevoli quanto maggiore è il tempo trascorso dall'accidente, quando l'anemia si è fatta più marcata, il polso è frequentissimo e debole, il collasso avanzato.

Quando dopo una contusione addominale si riscontrano polso piccolo e frequente, talvolta con perfetta coscienza dell'ambiente, aspetto del viso caratteristicamente angosciato (ficies), respirazione difficile, ed in pari tempo esiste una zona di ottusità nelle regioni basse dell'addome mentre le pareti di questa sono contratte, conviene non esitare un istante a praticare la laparotomia.

F. C. M.

Bier. - Esperimenti sopra la cocainizzazione del midollo spinale. — (*Centralb. für Chir.*, N. 32, 1899).

Questi esperimenti non privi d'importanza tanto per lo studio della fisiologia come e più ancora per la pratica furono eseguiti da Bier sopra cinque ammalati ed uno sopra un mulo, un'altra esperienza tentata sullo stesso autore non ebbe effetto. L'operazione consiste nel praticare la puntura lombare di Quinke per mezzo di un ago-canali assai sottile, e attraverso la puntura iniettare la cocaina nel sacco della dura madre. La dose in questi esperimenti oscilla da 0,005 a 0,015.

Il risultato fu un elevato grado di paralisi del senso dolorifico che incominciava 5 o 10 minuti dopo l'operazione e

che perdurava circa tre quarti d'ora. L'analgesia, diffondendosi la cocaina nel liquido cerebro-spinale e raggiungendo essa i nervi spinali e i gangli, si estese sopra i due terzi inferiori del corpo fino a livello delle mammelle. Sopra gli infermi che servirono all'esperienza si poterono eseguire così diverse gravi operazioni sugli arti inferiori senza produrre dolore. L'osservazione fatta sul medico che si era sottoposto all'esperienza (Dott. Hildebrandt) fu ancora più interessante pel fatto che furono notati con esattezza i singoli fenomeni dell'azione tossica della cocaina. Sintomi intacciosi non si osservarono in alcun caso, ma soltanto talvolta si videro moleste conseguenze simili a quelle che sono frequente effetto delle narcosi generali, come vertigine, vomito ecc. Bier ritiene la cefalea non tanto un effetto di avvelenamento quanto una conseguenza dei disturbi del circolo del sistema nervoso centrale. Bier per essere andata a vuoto l'esperienza fatta su di sé stesso si sentì esente da ogni effetto di azione cocaina come non avesse introdotto nel suo organismo il medicamento. Però egli perfette in tutto il liquido cerebro-spinale ed a questo atto egli attribuisce gli altri disturbi sofferti, perciò egli consiglia, in caso si facessero altri esperimenti sull'uomo, di farne molto da prevenire la perdita del liquido cerebro spinale e che dopo l'operazione si faccia restare il paziente in assoluto riposo a letto.

ZEIDLER e SELDOVITCH. — Valore pratico della cocainizzazione del midollo come processo di anestesia chirurgica. — (*La Semaine médicale*, n. 44, 1899).

Gli A. A. hanno avuto recentemente l'occasione di sperimentare la cocainizzazione del midollo spinale, secondo il processo del Bier, in 4 donne operate per lesioni più o meno estese degli arti inferiori (cancro del piede, melanosarcoma del calcagno con metastasi nei gangli femorali, cancroite a livello del ginocchio con tumefazione delle ganglie inguinali, artrite tubercolare del ginocchio). In ciascuno di questi casi si introdusse nel canale rachidiano, fra la terza e la quarta vertebra lombare, gr. 0,01 circa di cloridrato di cocaina e si ottenne, nel termine di 5 a 9 minuti un'anestesia completa delle estremità inferiori estendenti dalla punta della dita alle spine ilache, e persistente dai 30 ai 50 minuti. Si poté quindi praticare senza dolore l'estirpazione

dei focolai morbosi. La donna affetta da un aniosarcoma del calcagno, alla quale si dovette amputare la gamba, non accusò la minima sensazione dolorosa mentre le si segava l'osso.

Le conseguenze operatorie furono normali nei quattro casi, salvo il fatto che tutte le pazienti furono colte, qualche ora dopo l'operazione, da un brivido con rapida elevazione della temperatura fino a 40°, la quale ipertermia, del resto, scomparve in un tempo brevissimo. Questa reazione febbrile è una conseguenza diretta dell'azione della cocaina sul midollo, come già A. A. poterono accertare praticando nel cane delle iniezioni intra-rachidiane ora d'una soluzione di cocaina, ora d'acqua salata. Il primo liquido provocava sempre un'ipertermia passeggera, mentre il secondo non produceva questo effetto.

Risulta da qui su tutti che se la cocainizzazione del midollo è, secondo le prove fatte, di un reale valore per l'anestesia chirurgica, non è tuttavia esente da certi inconvenienti. Agli effetti già constatati dal Bier (cefalalgia, vertigini, vomiti, eccitamento nervoso), bisogna ora aggiungere la crisi termica notata negli A. A. Poco gli inconvenienti non sono tali da far rigettare il processo, e si può credere che si riuscirà ad evitarli, modificando la concentrazione dell'acqua, mettendola e la dose della cocaina. E. T.

A. BRUNNER. — Cura dell'ulcera della gamba col carbonato di soda. — (*La Semaine médicale*, n. 42, 1893).

I buoni risultati che un medico militare russo, il dottor Georgewsky ha ottenuti nella cura delle piaghe purulente col mezzo di compresse imbevibili d'una soluzione di bicarbonato di soda, hanno indotto il dott. Brunner a sperimentare questa stessa cura nell'ulcera della gamba. Fin dai primi esperimenti l'autore poté constatare che la soluzione bicarbonata sodica esercita su certe ulcere varicose un'azione molto favorevole, ma che una soluzione di carbonato di soda al 2,5 p. 100, agisce anche meglio in questi casi. Inoltre l'esperienza non tardò a dimostrare che le medicature di tal genere non trovano la loro vera indicazione che nelle ulcere inveterate delle gambe, torpide e ribelli, che guariscono spesso con rapidità notevole sotto l'influenza del carbonato di soda, mentre questo medicamento, applicato nelle ulcere

recenti o ricoperte di fungosità esuberanti, non presenta alcun vantaggio sugli altri mezzi di cura. Ecco il metodo del Brunner:

Dopo aver lavato la piaga con una soluzione calda di sublimato, si applica prima uno strato di garza asettica leggermente spalmata di vaselina quida, si pone al disopra un po' di cotone idrofilo imbevuto d'una soluzione di carbonato di soda secco al 2,5 p. 100 nell'acqua distillata, e, finalmente, uno strato di tela fina, fissando il tutto con una fascia.

Si rinnova la medicatura ogni giorno. Sin dal giorno successivo alla prima medicatura, l'ulcera prende un aspetto migliore, dopo alcuni giorni si copre i bottoni carnosì, i suoi bordi callosi si fanno sempre meno resistenti e da allora in poi la cicatrizzazione progredisce rapidamente. La guarigione definitiva si ottiene in un periodo di tempo che varia da dieci giorni a un mese secondo l'estensione della perdita di sostanza e la data della lesione.

Certi individui non tollerano la vaselina di cui è spalmata la garza, e che provoca lede eruzioni e zematose. In questi casi si sostituisce la vaselina con la lanolina oppure si applicano direttamente sull'ulcera delle compresse imbevute della soluzione sodica.

E. T.

MÖBIUS. — Circa l'operazione nel morbo di Basedow. —
(*Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 28, 1899)

In seguito alla comunicazione di un caso in cui si ebbe miglioramento con l'operazione del gozzo, l'A. espone in modo chiaro le ragioni pro e contro il trattamento operativo, messe in campo fino ad oggi.

Per l'operazione depone soprattutto l'incertezza della terapia interna, contro l'operazione, il pericolo dell'intervento. Nello stato attuale delle cose l'A. ritiene importantissimo di far conoscere chiaramente all'infermo che se l'operazione può condurre a rapido miglioramento, non è tuttavia scevra di pericolo, e consiglia di lasciare l'infermo stesso di prendere una decisione.

E. T.

MITCHELL. — La formalina nei tumori maligni inoperabili. —
(*Med. Record*, maggio 1899).

La formaldeide aveva già un posto eminente tra i nostri migliori disinfettanti ed era anche stata impiegata come agente terapeutico sia per inalazioni nel trattamento della

tubercolosi polmonare, sia per applicazioni topiche nella tubercolosi della laringe, nella iperidrosi plantare e sempre con risultati incoraggianti.

Una sua nuova applicazione viene suggerita dall'A. che la applicò in un caso di sarcoma della guancia, il quale essendosi riprodotto per la seconda volta dopo l'operazione, aveva distolto i chirurghi da un nuovo intervento. Il tumore aveva 4 pollici di diametro ed era grosso come il pugno di un uomo. In un punto il tessuto sarcomatoso erasi aperta la via attraverso i comuni tegumenti e dava origine a una lieve, ma costante emorragia. Riuscirono vane tutte le misure tentate contro quest'ultimo sintomo, l'A. vi applicò una falda di cotone idrofilo imbevuta di una soluzione di formalina al 20 o 100. L'emorragia si arrestò quasi subito ed entro 24 ore la massa del tumore erasi indurita e necrotizzata per l'estensione di un pollice circa dalla superficie. L'indomani fu rimossa, mediante un cucchiaino, la parte di tumore necrotizzata e sulla nuova superficie risultante fu posta un'altra falda di cotone imbevuta della stessa soluzione di formalina, e la ripetizione giornaliera di questo procedimento portò in breve tempo alla quasi totale distruzione del tumore, permettendone finalmente la sua completa rimozione, mediante un leggero atto operativo e senza perdita di sangue, per quanto il neoplasma fosse molto vascolarizzato. c. f.

O. V. LEY. — **Un caso di lesione traumatica dell'osso iliaco.** — (*Centralblatt f. med. Wissen.*, n. 34, 1899).

Un individuo sano in allora, fu colpito da un trauma che interessava specialmente l'estremità inferiore del sacro e la parte sinistra del bacino.

I dolori, che in principio erano molto intensi, si calmarono dopo poche ore, per 14 giorni le condizioni furono pressoché normali, anzi, per qualche tempo, l'individuo poté attendere al lavoro. In seguito i dolori si fecero di nuovo vivi e poco a poco, il paziente non solo non è più in grado di occuparsi del suo mestiere, ma è così sofferente che per qualche mese è obbligato a stare in letto.

Dopo quattro mesi di persistente malattia, nel luogo della lesione (sacro e trocanter) si rese manifesto un punto dolorosissimo alla pressione e a volte spontaneamente; si constatò inoltre pressione obliqua del bacino e scolori lombare ed ischiatica.

Le energiche richieste del paziente di essere liberato dai dolori costrinsero l'A. — il quale pensava alla possibilità di un ematoma suppurato nell'apparecchio lumbosacrale o di un processo flogistico suppurante della sincondrosi sacro-iliaca di resecare la parte superiore della commissura e di una porzione dell'osso iliaco per quanto questo si presentava anormalmente molle allo scalpello. Non si constatò traccia di pus in tutta l'operazione. L'esame anatomico-patologico dimostrò alterazioni analoghe a quelle dell'osteomielite.

L'A. ammette che in questo caso si sia trattato di una lesione del bacino analoga a quella descritta dal Kummel come infiammazione traumatica delle vertebre.

E. T.

Il problema della infezione del cancro — (*Med. Record*, maggio 1899).

Senza troppa fiducia né soverchia incredulità, l'anonimo A. esamina la nuova fase in cui è entrata la questione del cancro, non accettando ciò che ammette la nuova teoria, ma mostrando si piuttosto propenso a credere che sia la vera. Le ragioni più filosofiche che dogmatiche, sono basate sopra generalità che esprimono la tendenza dei moderni metodi d'investigazione ad invadere il campo delle scienze aliene. Allorquando i batteri furono riconosciuti come causa di molte malattie infettive, fu naturalmente pensato che anche il cancro dovesse esser compreso nella lista e gli scienziati entusiasti si affrettarono a isolare un bacillo, cui ne attribuirono l'origine. Ma ulteriori esperimenti dimostrano ch'esso era incapace di produrre il cancro tanto negli animali che negli uomini e fu in conseguenza relegato nella numerosa ed inconcludente famiglia dei germi non patogeni.

Apparsa insostenibile la teoria batterica, fu tirata in campo quella protizozoa, il cui nome pare abbastanza vago da comprendere più sinistri microrganismi, cui potesse esser creduto un potere eccitante, e lo studio comparativo delle malattie parassitarie negli animali bassa riteneva una certa plausibilità a questa idea.

Ma l'attuale aspetto del problema, come viene esposto da Sanfelice, Roncali, Bra e Pannum sembra avere, anch'esso per analogia, più parte di verità che tutti gli altri. Che il germe d'infezione sia un parassita vegetale della classe co-

noscenti, come i fermenti, in un senso largo, e possibile, giacchè la natura del processo irritativo, che segue l'infezione, è analogo, sotto certi aspetti a quelle escrescenze che si osservano nel regno vegetale. Havvi un buon numero di malattie parassitarie fungose, costituite da sviluppo anormale dei essuli adiacenti, che lentamente attaccano il processo vitale della pianta. Gli organismi ritenuti causa efficiente di questa malattia sarebbero della medesima specie dei funghi ritenuti ora come causa del carcinoma e colpisce grandemente la loro somiglianza, sia per ciò che riguarda il rapido accrescimento, sia pel graduale impoverimento di nutrizione che inducono sugli organismi nei quali si sviluppano.

C. f.

KUSNETZOFF. — Sul flemmone ligneo del collo. — (*Centralblatt f. med. Wissen*, n. 32, 1899).

Quest'affezione, già descritta dal Reclus, presenta il quadro seguente:

Nella regione anteriore o laterale del collo si forma un flemmone tutt'affatto caratteristico. Il quale va guadagnando più o meno in estensione, si sviluppa lentamente, e spesso decorre in settimane e mesi prima che accenni a suppurare. L'arrossamento della pelle non esiste se non quando questa aderisce con le parti sottiacenti e comprese nel processo infiammatorio.

Mancano quasi sempre senso di calore, dolori e febbre. La consistenza dura caratteristica della pelle ha fatto dare alla affezione il nome di flemmone ligneo. Lo scambio con un tumore maligno non è difficile, soprattutto se son colpiti dall'affezione individui di età avanzata e deperiti. Tutti i microrganismi capaci di produrre suppurazione furono trovati nel tessuto affetto.

Siccome che l'infezione provenga dalla cavità boccale per la via dei delfatici e che la virulenza dei microrganismi sia limitata. Per quel che riguarda la terapia, si possono attendere buoni risultati dalle lunghe incisioni; se si tratta di un flemmone prodotto dal bacillo della difterite si deve ricorrere alle iniezioni di antitossina difterica. Ordinariamente si aspetta che si siano formati i focolai purulenti, e si incidono, pratica questa che sembra essere la migliore.

Nei 5 casi descritti dal Recius l'A. ha fatto una speciale osservazione, e cioè: dal pus che si formava nella regione del morio coltivò vari streptococchi e b. propri poco virulenti.

E 7

RIVISTA DI OCULISTICA

LANDOLT. - Ottotipi per la determinazione dell'acutezza visiva. — (*British med. Journal*, sett. 1899).

Conformemente alla definizione adottata in oftalmologia l'acutezza visiva è determinata dal più piccolo angolo sotto cui l'occhio può distinguere due punti come separati l'un dall'altro.

L'acutezza visiva è quindi inversamente proporzionale al più piccolo angolo visivo. Poiché si tratta di angoli molto piccoli l'acutezza visiva può considerarsi come inversamente proporzionale alla distanza che intercede tra i due punti o, se questa distanza è costante, come direttamente proporzionale alla distanza che separa l'occhio dall'ottotipo. L'acutezza visiva normale corrisponde all'angolo d'un minuto.

Non sarebbe pertanto possibile determinare il *visus* solo col mezzo di due punti di distanza variabile poichè è quasi impossibile determinare con precisione il momento in cui i due punti cessano di esser visti separati e si fondono in una unica impressione visiva.

Per questa considerazione si sono costruite scale e ottotipiche più o meno complicate. La scienza è debitrice allo Snellen dell'adozione delle lettere capitali che sono generalmente usate nella determinazione del *visus*.

Benchè generalmente in uso le scale dello Snellen hanno dato luogo a parecchie obiezioni:

1° Esse non possono adoperarsi per gli alfabeti e esse sono più facilmente riconosciute da chi è abituato a leggere che non da chi non lo è o da queglii cui è poco familiare queste forme di lettere. Alla 1ª difficoltà lo Snellen rispose

aggiungendo per gli alfabeti delle figure a foglia i. E e di quadrati incompleti. Ma l'unità di misura per questa figura non è evidentemente la stessa e la loro visibilità non è la stessa che quella delle lettere.

2° Alcune lettere sono molto più facilmente riconoscibili di alcune altre p. es. A più di B, O più di M ecc.

3° Il riconoscimento delle lettere è un processo molto più complicato di quanto si possa a prima vista supporre giacché in esso hanno una parte importante il senso luminoso, i movimenti degli occhi e sopra tutti l'intelligenza. Il Landolt ricorda i casi di cecità per le parole in cui il visus è integro ma le lettere non possono essere riconosciute.

4° Il principale appunto che si fa alle lettere è quello che esse non rispondono alla definizione che si fa dell'acutezza visiva. Snellen fissando l'angolo visivo minimo licee che i suoi ottolipi sono basati su d'un piano di tre linee parallele separate da uno spazio eguale alla loro spessorezza.

Le lettere hanno la forma di quadrati il cui lato sottende un angolo di 5 minuti. Dividendo l'altezza e la larghezza in cinque parti eguali risultano 25 quadratini, neri e bianchi, i neri, costituiscono la lettera. Fgli porta come esempio le lettere L, F e T. Non ostante il merito di Snellen il Landolt non sa trovare in queste lettere né le tre parallele né i due punti richiesti per la determinazione del visus.

5° Le lettere quadrate hanno dato luogo ad un'altra seria controversia. Vierordt, Javal, Giraud-Toulon ed altri hanno fatto osservare che il visus determinato con questi ottolipi dovrebbe considerarsi come inversamente proporzionale non all'acutezza delle lettere ma al suo quadrato. Snellen risponde che l'atto visivo con cui si riconosce una lettera è una funzione complessa misurata in parte con misura lineare, in parte con misura di superficie.

Così stando le cose se ne deve concludere che la funzione che si determina colle lettere non è a vero dire il visus il quale è definito dal distinguere separatamente due punti e linee, misura questa interamente lineare. Le lettere sarebbero utili solo se nel loro riconoscimento bastasse la separata percezione di due punti sotto un dato angolo.

Il Landolt ha cercato di realizzare questo desideratum dando, p. es. all'R e al B, al C o all'O una forma tale da essere discernibile solo da chi può percepire l'intervallo esistente alla base dell'R o alla destra del C. Ma esiste solo un

piccolo numero di lettere che possono essere utilizzate in questo modo. Si potrebbe tentare di risolvere il problema coll'aiuto di una semplice linea di data spessorezza con un intervallo in una sua parte; ma qui vi è la difficoltà che quando la discontinuità in questa linea è troppo piccola in rapporto alla linea stessa come per es. il punto quadrato fun. 7, il punto, quando si avvicina ai limiti della visibilità, sarà sempre veduto meno chiaramente della linea a causa dell'irrazionalità che si fa su d'esso dai quattro lati mentre che sulla linea questo fenomeno si avvera solo su due lati. Si aggiunga a ciò la difficoltà che si avrebbe a far indicare esattamente all'esaminando il punto in cui esiste la discontinuità della linea.

Esiste perciò un solo mezzo per risolvere la questione dando cioè alla linea interrotta la forma che ora, Così avremo da ciascun lato della discontinuità la stessa quantità di nero e in qualunque posizione lo si mette, il candidato potrà sempre indicare la discontinuità con un cenno della mano.

Su queste considerazioni il Landolt ha basato il suo nuovo ottotipo.

Esso è costituito da un cerchio nero su fondo bianco avente in una certa direzione una discontinuità la quale corrisponde all'angolo d'un minuto.

Per non rendere gli ottotipi troppo dissimili da quelli ora generalmente impiegati il Landolt ha dato al cerchio la medesima spessorezza delle lettere di Snellen, ma il nero è costante mentre quello delle lettere varia, per es. nel A proporzione di 3:4 in un L ed in un E.

Le dimensioni prescelte dal Landolt nei suoi ottotipi sono tali che questi posti alla distanza di 5 metri danno 15 differenti gradi di acutezza visiva: 0.1, 0.15, 0.2, 0.3, 0.4, 0.5, 0.6, 0.7, 0.8, 0.9, 1, 1.25, 1.50, 1.75, 2.

La notazione del visus con frazioni decimali introdotta da Manoyer è una vantaggiosa semplificazione. Il Landolt aggiunge alla cifra indicante il visus a 5 metri quella della distanza alla quale l'ottotipo è scritto da un occhio normale. Queste distanze sono le seguenti.

0.10 = 50. metri	0.80 = 6.25 metri
0.15 = 33.33 "	0.90 = 5.55 "
0.20 = 25 "	1.00 = 5. "
0.30 = 16.67 "	1.25 = 4. "
0.40 = 12.50 "	1.50 = 3.33 "
0.50 = 10 "	1.75 = 2.86 "
0.60 = 8.33 "	2.00 = 2.50 "
0.70 = 7.14 "	

L'ottotipo può perciò servire egualmente a qualunque distanza, il grado del visus si può sempre trovare dividendo la distanza D' alla quale l'esaminato discerne il segno per la distanza D alla quale esso è distinto da un occhio normale

$$V = \frac{D'}{D}.$$

L'autore ha creduto bene di aggiungere i seguenti cenni alla determinazione del visus superiore al normale ed aggiunto fino al $V=2$.

Se il visus è inferiore ad $\frac{1}{10}$ l'ottotipo può essere avvicinato all'esaminando fino a tanto che egli lo discerne. L'acutezza visiva corrispondente sarà allora:

per 5 metri = 0,10	per 2 metri = 0,04
per 4 " = 0,08	per 1 " = 0,02
per 3 " = 0,06	per 0,5 " = 0,01

In altri termini il visus è eguale a 2 volte tanti centesimi del normale quanto è la distanza espressa in metri.

Alo scopo di evitare che l'ottotipo si staccasse dalla fronte per avvicinarlo al paziente o che questo si avvicini a quello il Landolt ha fatto stampare fin dal 1899 sui cartoncini la parte la figura indicante un visus = 0,10.

Una delle scale contiene per ogni grado di visus due figure, l'altra una sola. Cole lettere ogni gruppo deve di necessità contenere parecchie sia per la difficoltà di scernere la figura di esso sia perchè si imparavano facilmente a memoria. Col sistema di Landolt basta un sol segno: solo è mestieri cambiar la direzione della scala.

Esso può farsi vedere riflesso in uno specchio senza bisogno che sia stampato rovesciato come il caso delle lettere.

La scala è quadrata, non rettangolare come quelle comuni, questa forma permette una più uniforme illuminazione quando si fa uso di un riflettore.

Ma i più grandi vantaggi che offre l'ottotipo Landolt sono i seguenti: esso realizza molto meglio delle lettere il principio che definisce l'acutezza visiva, la determinazione del *minimum separabile*; esclude ogni finzione intellettuale ed essendo eguale tanto per le persone colte quanto per gli analfabeti di tutte le nazioni esso costituisce una fedele unità di misura.

Gli ottotipi Landolt sono vendibili presso O. Dorn, editore a Parigi.

G. G.

F. VALUDE — Azione batterioida delle lacrime (*Annales d'oculistique*, settembre 1899).

Si ammette generalmente oggi che le lacrime se non posseggono un potente potere battericida costituiscono pertanto un cattivo terreno di cultura per i microbi patogeni, in ispecial modo per lo stafilococco *pyogenes aureus*. Questi dati risultano da un certo numero di lavori e specialmente da quelli di Berenjeun, Bata ed Aulström. Berenjeun ritiene le lacrime come direttamente battericide. Bach invece è che esse lo sono unicamente perchè lavano incessantemente la congiuntiva. Aulström infine che esse costituiscono un cattivo terreno di cultura per lo sviluppo dei microbi.

Molto tempo prima della comparsa dei suoi recenti lavori, il Valud nel 1887 aveva dimostrato che il virus tubercolare non s'inoculava sulla congiuntiva pochè neutralizzato dal contatto delle lacrime.

Il Valude non sarebbe ritornato su questa questione se per una fortunata coincidenza non avesse avuto a sua disposizione una quantità eccezionalmente abbondante di lacrime. Trattavasi d'una donna alla quale per oftalmia furono escisi i bordi palpebrali compresi quindi i punti ed i canalicoli lacrimali ed alla quale furono saturate assieme le rimanenti parti delle palpebre perchè queste erano insufficienti a coprir l'occhio. Dopo un anno e mezzo questa donna fecesi rivisitare a causa d'un tumore molliccio e trasparente come un idrocele che le si era manifestato sull'occhio operato. L'esame chimico e microscopico dimostrò all'evidenza che il liquido contenuto nel detto tumore era costituito dalle lacrime collette.

La prima questione da risolvere era la seguente. Il liquido raccolto era sterile? Gli esperimenti batteriologici eseguiti con tutto il rigore scientifico dimostrarono che esso era praticamente sterile e che esso era poco alterabile dai microbi volgari se lo si paragoni ai liquidi (urina, brodo nutritivo) i quali furon messi nelle identiche condizioni di luce, esposizione, temperatura ecc. Da questi esperimenti risulta pure che se le lacrime si prestano abbastanza bene allo sviluppo delle muffe, sono un cattivo mezzo di cultura per i batteri.

Gli esperimenti sui batteri patogeni si limitarono a quelli sull'azione delle lacrime sul bacillo del carboncino, sul ba-

cellus coli, sullo stafilococco aureo e bianco, sul bacillo della tubercolosi. Da tutti gli esperimenti risultò chiara ed evidente l'azione delle lagrime su questi microbi dimostrando che esse ne costituiscono certamente un pessimo mezzo di cultura non solo ma che su alcuni di essi agiscono in modo da neutralizzarne la virulenza (carbuncchio, colibacillo ed anche un poco lo stafilococco aureo).

Alla questione sul potere battericida delle lagrime si connette quella dell'influenza che può avere su questo potere l'acidità e l'alcalinità loro.

Ahlstrom crede che tanto maggiore è il potere battericida delle lagrime quanto minore è la loro alcalinità. Lurie Maltkovic è dello stesso parere. Charrin invece stima che l'acidità favorisce l'infezione e abbassi il potere battericida dei liquidi naturali. Egli cita ad esempio lo strapazzo che produce l'addio lattico nei muscoli e dispone all'infezione, il diabete che costituisce un buon terreno d'evoluzione microbica perché i mezzi naturali sono acidificati. Per lo Charrin le lagrime posseggono un potere battericida manifesto.

Questa questione, le l'acidità e dell'alcalinità delle lagrime rispetto al potere battericida dev'essere risolta con una serie d'esperienze ed il Valude se ne sta occupando; egli però fondandosi su quanto han presentato i casi clinici e in grado di affermare che se dopo l'operazione della cataratta le lagrime sono di reazione acida c'è da temere l'insorgenza d'accidenti d'infezione.

Da qualche tempo egli saggiava colà certa di tornasole la reazione delle lagrime delle persone che dovranno poi essere operate di cataratta e in 3 casi su 80 in cui le lagrime s'erano mostrate acide prima dell'operazione egli ebbe, malgrado tutte le precauzioni, degli accidenti d'infezione e ciò che è da notare, specialmente da parte dell'iride. Questi casi però non terminarono per fortuna colla perdita dell'occhio e dopo un'irite più o meno violenta tutto rientrò nello stato normale e la visione fu soddisfacente nei tre operati.

A questi casi bisogna aggiungere quello relativo ad una paziente nella quale non si trattava d'infezione operatoria ma d'un cataratto congiuntivale arido, tenace e ribelle ad ogni trattamento. La congiuntiva era rossa e poco secretante ma alcun topico non aveva effetto.

I sostitativi, nitrato d'argento e solfati di zinco ecc., aumentavano piuttosto lo stato catarrale, gli antisettici d'ogni

genere lo stesso formolo, lo stesso petrolio rimasero senza effetto. Il trattamento antisettico e fosse nasale era rimasto sterile. Su questa annullata reattività e in cattive condizioni generali le lagrime presentavano reazione acida.

Conclude il Vaude l'anno che quando le lagrime hanno reazione acida deve ritenersi, in tutto generale, che l'occhio sia predisposto ad accidenti postoperatori. G. G.

RIVISTA DI MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE

Le applicazioni locali di tuberculina contro il lupus — (*La Semaine médicale*, 11 ottobre 1893, n. 43)

Se le iniezioni di tuberculina sono state quasi completamente abbandonate nella medicina umana, ciò soprattutto dipende dai danni inerenti all'impiego di tale sostanza e non alla sua inefficacia.

Infatti, sembra ormai, confermato che la tuberculina iniettata sotto la pelle, determina una reazione sui locali tubercolosi, reazione che ha per conseguenza un'involuzione più o meno marcata di queste lesioni. Pertanto se fosse possibile impiegare la tuberculina in modo da produrre la sola reazione locale specifica, evitando la reazione generale e la disseminazione dei bacilli di Koch nell'organismo, tal rimedio potrebbe evidentemente essere annoverato fra gli altri mezzi terapeutici.

Pertanto gli esperimenti di applicazioni locali di tuberculina nella cura del lupus volgare, praticati dal dottor Uuna di Amburgo meritano esser segnalati, tanto più visto il risultato favorevole da essi dato. L'Uuna praticò sulle ulcera-
zioni lupose del o guzioni di un sapone ottenuto mediante la saponificazione incompleta della saggia per mezzo della potassa caustica cui era stato aggiunto dal 5 al 20 p. 100 di tuberculina. Si stende su tegumenti una piccola quantità di tal mistura (gr. 0,925 circa per centimetro quadrato di pelle) e si strofina col dito (proteggendo guanto) finché la reazione diventa secca. Si unge il tutto coll'acqua e si ricomincia la frizione che questa volta fa sciolte il sapone rimasto

sulla pelle della sciumma. Si ripete tale manovra quattro o cinque volte, in modo da far penetrare negli strati epidermici superiori tutta la pomata saponosa. La proporzione della tuberculina nel sapone dovrà variare secondo le circostanze. Così trattandosi di ulcerazioni limitate si potrà far uso di una preparazione contenente il 20 p. 100 di tuberculina, ma per i lupus molto estesi si aggiungerà al sapone soltanto il 5 o il 10 p. 100 di tuberculina. Dopo sei e la volta perfino dopo 24 ore, il paziente comincia a provare, nella regione così medicata, un leggero pizzicore che segna il principio della reazione locale. — Questa è assolutamente simile a quella prodotta dalle iniezioni di tuberculina, con la differenza che non è accompagnata da fenomeni generali. La pelle diventa sede di una eritema e di una iperemia infiammatoria che talvolta produce la formazione di squame o di croste più o meno spesse. Questa infiammazione scompare spontaneamente dopo qualche giorno, presentandosi le chiazze lipo-se notevolmente modificate, esse osservansi impallidite, apertature, lisce, i focolai tubercolosi, in tal modo più deformati e facilmente percettibili, allora possono esser più utilmente curati con gli ordinari mezzi, vale a dire con la cauterizzazione attuale o galvanica o chimica. Sicché le applicazioni di tuberculina da sole non guarirebbero il lupus, ma costituirebbero un tale trattamento operatorio che permetterebbe di riconservare nettamente il campo delle lesioni e di rendere in pari tempo più efficiente l'uso dei mezzi curativi abitualmente usati contro quest'affezione. Infine, secondo l'Ulna, queste applicazioni non presentano pericolo di sorta e non eserciterebbero veruna azione generale nociva. G. B.

BRANDL. — Sulla cura dell'uretrite blenorragica col protargolo. — (Klin. ther. Wochenschr., n. 22, 1899)

Nella clinica di Hebra l'A. ha trattato oltre 100 casi di blenorragia con le iniezioni di una soluzione di protargolo, e i risultati furono, in generale, molto favorevoli.

Veramente l'A. sembra non si sia ancora potuto del tutto emancipare dal vecchio metodo terapeutico della gonorrea: in fatti nel primo stadio egli prescrive i balsamici, la dieta e il riposo in letto, riservando le iniezioni ad un periodo ulteriore. Con ciò rimane spiegato come i gonococchi non spa-

riscano che dopo 3-4 settimane mentre la loro scomparsa si verifica in un tempo molto più breve quanto si cominciano a praticare le iniezioni.

Non potendo riassumere, per la strettezza dello spazio, tutte le considerazioni dell'A. ci limiteremo alla sua conclusione, che è la seguente: Il protargolo ha arricchito la serie già abbastanza numerosa de' mezzi terapeutici impiegati contro la blenorragia e merita speciale considerazione in quei casi in cui si tratta dell'impiego di soluzioni concentrate in individui sensibili.

E. T.

H. KUMMEL — La cura del lupus coi raggi Röntgen e con la luce concentrata. — (*Arch. für Klin. Chir.*, LVII (3). S. 630).

Secondo la relazione dell'A. nel nuovo ospedale generale di Amburgo furono curati 16 ulceri affetti da lupus coi raggi Röntgen. La durata delle singole sedute, che ordinariamente avevano luogo due volte il giorno, oscilla fra un quarto d'ora a mezz'ora al più; e la durata della cura, da 4 settimane a parecchi mesi.

I risultati furono, in complesso, abbastanza buoni e dove non riuscivano tali, si accortò che era in corso errore di diagnosi e che, invece di un lupus, trattavasi di un'effezione sifilitica. Ciò che sembra più importante all'A. nel metodo in parola è il risultato finale. I fatti si ottengono delle cicatrici lisce, così poco dissimili dalla pelle normale come nessun altro metodo di cura era riuscito fin qui ad ottenere.

L'A. ritiene abbastanza pratica una combinazione di questa cura con quella proposta dal Finsen della luce concentrata.

E. T.

RIVISTA DI TERAPEUTICA

J. E. SQUIRE. — La somministrazione di alte dosi di guaiacolo nella fisi. — (*The Lancet*, n. 3893).

L'A. somministra il guaiacolo puro in quantità superiori a quelle usate fino ad oggi, e cioè in dosi di 60 grammi (3,75 gr.) tre volte al giorno: il medicamento era in capsule

(0.3 gr.) o in emulsione con glicerina e tintura di cortecce d'arancio.

Naturalmente si cominciò con piccole dosi e lentamente, poi si salì rapidamente fino alla suaccennata dose di 160 millimi al giorno. In un caso solo si ebbero tali disturbi digestivi che si dovette sospendere l'uso del rimedio, ma ordinariamente questo fu ben tollerato quantunque la cura fosse protratta per più settimane.

I risultati, anche nei casi avanzati, furono favorevolissimi: diminuì l'espettorato, i sudori notturni scomparvero in breve tempo, aumentò il peso del corpo, talora in modo assai considerevole. Non fu accertato se il medicamento agisse sui bacilli della tubercolosi e se il loro numero fosse diminuito nell'espettorato.

E T

A. CAMPBELL WHITE — L'aria liquida e il suo impiego in medicina e chirurgia. — (*Medical Record*, 22 luglio 1899).

Con metodi adoperati dal prof. Inger, di Nuova York, si può ora ottenere l'aria liquida in grande quantità e con poca spesa (nei Stati Uniti, sentendo). Ciò ha indotto il dottor Campbell White a fare numerosi esperimenti dei quali noi riferiremo i principali.

La temperatura dell'aria liquida è di 312° F. sotto zero (circa 192° C.) ed è composta di azoto, ossigeno e di quantità variabili di biossido di carbonio.

La proporzione dell'azoto all'ossigeno è di circa 3:1 in peso e di circa 4:1 in volume. Essa non contiene idrogeno poichè questo non si liquefa alla temperatura dell'aria liquida. È un liquido alcun poco opaco e quando è filtrato, il che può farsi con un ordinario filtro di carta, ha il colore dell'atmosfera vista a distanza in un giorno sereno. Messo in un comune recipiente esso bolle emanando vapori bianchi che si risciolgono rapidamente cadendo verso il suolo. La mano può essere introdotta nel liquido senza inconvenienti purchè si abbia cura di ritirarla immediatamente: essa non ne rimane bagnata.

Versata sulla mano a causa della bassa temperatura dà una sensazione di bruciore simile a quella che si prova in seguito all'applicazione della corrente faradica. Quando un bicchiere d'aria liquida è gettato sul pavimento essa si com-

porta come l'acqua gettata su una stufa molto calda produce lo stesso strepito e rapidamente scompare trasformandosi in vapore senza lasciar di se traccia alcuna. Ciò è chiaro perchè la temperatura del pavimento o di ogni altro oggetto nella stanza è di circa 400° F. (circa 190° C.) superiore a quella dell'aria liquida. L'aria liquida non è esplosiva se non ermeticamente chiusa, essa può mettersi in bottiglie ordinarie purchè esista un po' di spazio tra il tappacchio e il liquido. Se un fiammifero acceso si accosta al bicchiere contenente l'aria liquida esso si spegne se essa vi è stata la poco intralotta po' che l'azoto si evapora più rapidamente dell'ossigeno: il liquido di bene così molto ricco d'ossigeno e se un fiammifero acceso gli si accosta esso brucia con splendore: anche un pezzo d'acciaio si fonde se prima d'accostarsi al liquido è riscaldato al calore bianco.

L'aria liquida solidifica qualunque liquido: l'alcool la essa solidificato esplode violentemente se gli si accosta un corpo infiammato.

Il cotone idrofilo intriso d'aria liquida e acceso si comporta come il cotone fulminante: lo ipen le dalla sua grande ricchezza d'ossigeno.

L'aria liquida si trasporta in un recipiente contenuto in un altro più grande: lo spazio che intercede è ripieno di crini.

Il calore distrugge ogni germe di vita a la temperatura di 160°. Fin qui non si son potuti sapere quali effetti poteva produrre sui germi un freddo di simile intensità. Il dottor Campbell ha potuto eseguire degli esperimenti sui bacilli del tifo, del carbonchio e della difterite.

Allo scopo di evitare che i detti germi venissero in diretto contatto col ghiaccio essi furono introdotto in un certo numero di tubi capillari. Questi tubi capillari furono chiusi ad ambo gli estremi e messi ne l'aria liquida che veniva rinnovata sempre affinchè i tubi vi fossero sommersi. Alcuni vennero ritirati dopo 30 minuti, gli altri dopo 45, 60 e 90 minuti. Col loro contenuto s'inquinò il brodo di cultura di fresco preparato e sterilizzato in tubi separati e questi furono posti per 48 ore nei termostati alla temperatura di 38° C. Esaminati vi si rinvennero le culture pure de bacilli del carbonchio, del tifo e della difterite.

Il dottor J. H. Huddleston ha sperimentato l'azione dell'aria liquida sul virus vaccinico ed ha trovato che i con-

lutto di 15 minuti non è stato sufficiente a paralizzare le virtù del virus.

Circa $\frac{3}{4}$ dell'orecchio d'un coniglio furono completamente congelati introducendolo per alcuni minuti nell'aria liquida. La congelazione fu così intensa che la punta dell'orecchio si spezzò senza che ne uscisse sangue e l'animale sentisse dolore. In meno di 10 minuti la circolazione si ristabilì ed allora il sangue uscì dal punto spezzato: le parti congelate riacquistarono la loro normale temperatura e il loro colorito. L'orecchio rimase normale per circa 5 giorni quando cominciò a tumefarsi e in capo a due settimane una metà delle parti congelate si raggrinzirono e caddero. Il resto ritornò allo stato normale.

Per applicare l'aria liquida sui tessuti del corpo umano l'A. ha impiegato il polverizzatore e una bacchetta imbevibile nel liquido. La pelle su cui cade il liquido diventa immediatamente anemica e perfettamente bianca o scolorata e se l'azione non è prolungata (pochi secondi) il colorito ricompare e la cute rimane congestionata per alquanto tempo. Facendo agire lo spray per meno d'un minuto le parti diventano dure come ghiaccio e ciò senza inconvenienti per la vitalità dei tessuti a meno che le parti stesse non sieno all'estremità di qualche membro poichè in questo caso si potrebbero verificare gli effetti osservati sull'orecchio del coniglio. L'applicazione non produce dolore tranne proprio al principio in cui notasi un senso di pizzicore o bruciore. Essa produce anzi completa anestesia alla quale si unisce anche la completa assenza di emorragia, il che permette all'operatore di fare la medicatura prima della comparsa dell'emorragia bastando la medicatura stessa ad arrestare ogni trasudamento. Una borsite settica dell'olecrano fu incisa e pulita accuratamente senza dolore ed emorragia. Al togliere delle medicature alcuni giorni dopo i margini della ferita furono trovati netti e la cavità stessa libera di pus.

Un altro caso fu quello d'un ragazzo che aveva riportato una ferita da cartuccia alla palma della mano. Il ragazzo era estremamente nervoso ma fu necessario esplorare la ferita per timore della presenza d'un corpo estraneo. L'uso dell'aria liquida fu in questo caso troppo generoso sicchè non fu possibile al bisturi d'intaccar i tessuti. Elasci circa 30 secondi si potè procedere all'operazione e il ragazzo non ebbe dolore né emorragia. Riesaminata la ferita dopo pochi

giorn e essa fu trovata in perfetto stato. Nell'impiego dell'aria liquida come anestetico l'A. consiglia di usarla a intermitenza mentre l'operatore sta operando. L'uso intermittente dello spray non sarebbe necessario quando si tratta di una semplice incisione come per esempio nel aprire un ascesso.

L'A. impiega l'aria liquida nel trattamento delle ulcere delle gambe specialmente varicose e le ulcere molto estese in lie. Egli assicura che non esiste attualmente un mezzo più pronto, più sicuro e meno doloroso per debridere le ulcere e stimolarne la superficie alla produzione di buone granulazioni. L'applicazione del rimedio non deve essere molto frequente per non distruggere le granulazioni già sorte. Si applica varie volte dopo le prime due applicazioni, un'applicazione ogni settimana è ordinariamente sufficiente. Tutte le specie di ulcere poi sembrano migliorare molto se all'applicazione dell'aria liquida si unisce dietro l'uso d'una medicazione asciutta a base di arsenico, sottogadato di bisunto o stentato di zinco.

Gli ascessi, i furuncoli, i bubboni abortiscono se trattati coll'aria liquida fin dal loro inizio, in questi casi basta una sola applicazione. Se si trovano a stato un po' più inoltrato sono necessarie parecchie puntazioni fatte ad intervalli di 24 ore. Anche se esiste pus è consigliato di usare l'aria liquida, incidere ed evacuarlo. L'uso dell'aria liquida rende non necessario quello del cucchiaino tagliente.

Fu sperimentata l'aria liquida anche in alcuni casi di sciatica e di herpes zoster, in un caso di nevralgia intercostale ed in uno di nevralgia facciale. Bastò una sola applicazione perchè cessassero i dolori e le vescicole dell'erpete si essiccassero completamente una volta dopo 3 giorni e un'altra volta dopo 5.

Furon trattati anche due casi di rinosoftaciale non collo spray o col pennello a causa dell'estensione del processo morboso ma mettendo sui tessuti affetti un recipiente di vetro a forma di bulbo pieno d'aria liquida. La temperatura locale si abbassò ad un tratto e l'infiammazione e il dolore cessarono subito.

I risultati ottenuti coll'aria liquida nel trattamento del lupus sono molto incoraggianti. In un caso di lupus eritematoso che occupava la regione frontale, le due orecchie e un lato della faccia bastarono due applicazioni perchè le parti affette si desquamassero lasciando il derma in condizioni sane, leggermente rosso e senza escare. Questo era un caso molto

ostinato perché aveva resistito a lunghi ed energici trattamenti. Dopo due mesi esso non mostrava tendenze a recidivare e l'A. è indotto a credere ch'esso sia guarito definitivamente.

Quanto al trattamento dei carcinomi l'A. non esprime alcuna opinione per mancanza di esperienze proprie.

Egli ha ora parecchi casi sotto cura e a quanto pare non disperava del guarigione la quale sembra sia stata ottenuta da altri medici di Nuova York.

Ora l'A. si domanda perché mai l'aria liquida produce i suoi effetti sulle malattie summenzionate e perché mai questi effetti non si producano coll'intenso freddo che si può in altro modo ottenere? Nel rispondere a questa domanda bisogna aver presente la natura dell'acqua che noi usiamo. Essa è aria e solo differisce dall'aria ordinaria in quanto che è liquida e fredda: essa però pur obbedendo alle leggi degli altri liquidi non bagna come l'acqua etc. Perciò quando noi applichiamo l'aria liquida su d'una parte del corpo, noi mettiamo questa parte in contatto col solo freddo che l'aria liquida produce e non con una sostanza alla quale essa non è abituata. Per esempio se noi applichiamo l'aria liquida sulla cute su cui vi sia dell'acqua o del sudore, si produrrà una infiammazione seguita da perdite di tessuti: se noi prendiamo in mano un bicchiere che abbia già contenuto aria liquida e la cui temperatura sia già discesa al di sotto di 200° F. (cioè a 70° C. sotto zero, si produrrà una distruzione di tessuti maggiore di quella che si produrrebbe applicando direttamente l'aria liquida anche per un tempo molto più lungo.

Ci sono due metodi per impiegare l'aria liquida, lo spray ed il pennello, l'A. consiglia d'usare il 1° quando non si desidera mortificazioni di tessuti e il 2° quando questo si vuole.

Ritornando ora che tra la temperatura del corpo umano, 37° C. e quella dell'aria liquida, 142° C. sotto zero, esiste una differenza di 179 gradi è chiaro che con niun mezzo finora noto possiamo produrre una così pronta scossa ai tessuti come e soltanto si può ricisamente localizzata e senza disturbi generali. Basta solo un secondo per produrre il freddo più intenso che si conosca e altrettanto tempo perché le parti ricupino la temperatura normale: così ripetendo l'operazione a piccoli intervalli si ottiene una forte stimolazione la quale è puramente locale.

Questi esperimenti di laboratorio hanno dimostrato chiaramente che l'aria liquida non è un vero settico e che i germi possono

resistere a la temperatura di 142° C. sotto zero. Ulteriori esperimenti son necessari perche si possa determinare la resistenza dei microrganismi al freddo e il prof. Tripler ha proposto di assoggettarli all'azione del l'idrogeno liquido essendo noto però che il freddo ostacola l'attività del batteri per un certo tempo, e chiaro che l'applicazione ripetuta di esso darà agio all'organismo di riprendere vigore e rendere meno funesti i loro effetti. In questo modo il freddo agisce da antiseptico.

L'A. conclude dicendo che non possono non farla agida un prezioso agente terapeutico cui non resistono le omi in qui ritenute d'incerta guarigione. Ed è convinto che l'aria liquida è proprio uno specifico in certe malattie d'origine nervosa come l'herpes zoster e varie forme di nevralgia.

G. G.

L'acetalalde come calmante nei disturbi digestivi — *La Semaine médicale*, n. 42, 1899).

Secondo il dott. Besson, l'acetalalde sarebbe suscettibile di sostituire con vantaggio le sostanze narcotiche quando si tratta di calmare i dolori dovuti a disturbi digestivi.

Ecco una formola che l'A. propone — che gli dà le ottimi risultati nella coliche a dominiali che insorgono dopo il pasto per dispepsia flatulenta:

Acetalalde	1 ana	8 grammi
Tintura di noce vomica	1 ana	8 grammi
Tintura di capsico.	2	"
Tintura di genziana composta	120	"

M. Un cucchiaino da caffè al momento della crisi dolorosa.

E. T.

E. KROMAYER. — L'iodoformogeno, preparato inodoro di iodoformio — *Centralblatt f. med. Wissen*, n. 23, 1899).

L'iodoformogeno — una polvere di color giallo chiaro, insolubile nell'acqua e sterilizzata a 100° — è un preparato di iodoformio e di albumina che contiene l'iodoformio in tale stato di combinazione che questo non perviene che a poco a poco allo stato libero con gli ordinari mezzi di somministrazione. Contrariamente all'iodoformio, esso è quasi inodoro, cosicché sotto le fasciature e sulle superfici relativamente

esese delle piaghe, e appena avvertito. La sua azione — come dimostra l'autore in parecchi casi — e quella dell'iodoformio, e consiste essenzialmente nello stimolare la formazione di buone granulazioni, e perciò nel favorire una rapida cicatrizzazione.

Per la struttura finamente granulosa ed asciutta dell'iodoformogeno, è possibile la sua introduzione in tutte le cavità e in tutti i fessure di delle ferite, ed aderisce più intimamente all'iodoformio al tessuto umido. Per la combinazione con l'albume dalla quale l'iodoformio non si libera che a poco a poco, l'iodoformogeno spiezza un'azione più duratura dell'iodoformio.

E. T.

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE

DOTT. RADESTSCK, Stabsarzt in Dresda. — Criteri per la scelta e l'esame del materiale da medicatura. — (Deutsche Militärärztliche Zeitschrift, agosto 1899).

È noto come il trattamento asettico delle ferite si possa praticamente appena conseguire in tempo di pace, ma in guerra non sia sempre né dappertutto possibile. Per contro, le ultime guerre hanno dimostrato, che il metodo antisettico generalmente corrisponde alle esigenze della chirurgia di guerra, e perciò non soltanto in Germania, ma oziando presso gli altri grandi Stati d'Europa, vennero stabiliti dei depositi di materiale sanitario per il trattamento antisettico delle ferite.

Nelle ultime guerre poi si è verificato, che, malgrado i grossi ed errori fatti nella detersione delle ferite e malgrado la mancanza di una condizione asettica nella medicatura, queste cicatrizzavano prontamente senza suppurazione, mentre delle ferite trattate con materiale antisettico non sempre assumevano un sicuro decorso di guarigione. Da che proveniva ciò? Nella fasciatura delle ferite concorrevano forse dei fattori fino a ora non calcolati? La risposta si trova in un interessante lavoro *Les bases physiques du traitement antiparasitaire des plaies* che il dottor Preobraschensky di Pie-

troburgo ha pubblicato nell'XI vol. degli *Annales de Pasteur*, Preobraschensky praticò nelle ferite su dei topi bianchi i quali, come è noto, sono sensibilissimi all'azione della stricnina e di questa ne cosparsero le ferite, ad una parte di questi animali fasciò le ferite con mussola e cotone sgrassato, ad un'altra parte applicò del musso a e del cotone non sgrassato, ai restanti lasciò scoperte le erie. Questi ultimi animali, così pure quelli ai quali aveva applicato il cotone e cotone sgrassato, morirono per avvelenamento di stricnina, mentre sopravvissero quelli che furono fasciati con medicatura asettica. Morirono pure i topi fasciati con medicatura idrofila e quelli alle cui ferite avvelenate praticò l'irritazione con soluzioni disinfettanti. Per conto non morirono quelli le cui ferite furono coperte con un desossistrato o povere assorbente asciutto (iodoformio, caffè in polvere).

Ultime esperienze di Preobraschensky consistettero nell'introdurre nelle ferite praticate ai cani delle rotture dei vari bacilli della putrefazione, nel lasciare le ferite di una parte di questi animali con ovatta sgrassata, un'altra parte con ovatta non sgrassata e ricoperta con tessuto impermeabile. Ne risultò che le ferite fasciate con medicatura idrofila non suppurarono, mentre quelle coperte col tessuto impermeabile o col'ovatta non sgrassata divennero purulente e molti animali morirono di pneumonia.

Da queste esperienze emerge, che una grande importanza nella cura delle ferite sta in teorica nelle condizioni fisiche della medicatura, nelle sue proprietà filotiche, nel suo potere assorbimento. Se un oggetto ha molte tira passie e delle ruone quanta assorbenti esso mantiene una viva corrente dalla ferita verso l'esterno, in quale impedisce la penetrazione nella ferita dei germi e delle sostanze velenose, al contrario se questa è coperta la medicatura non dà una interviene un movimento di penetrazione all'infezione nella ferita stessa. In questi ultimi tempi si fare uso, quando materiale la medicazione, di cotone, di imbottiti di lana di legno, di muschio o di polveri assorbenti, fra queste l'iodoformio ed il caffè torrefatto in polvere, questi ultimi può anche rimpiazzare l'iodoformio. Dovendo pertanto servirci di medicazione asettica od anti-ettica, daremo la preferenza a quella che ha un più grande potere assorbente. A determinare anche potere l'autore in seguito il metodo seguente che spiega con queste parole:

1° Intodussi ogni volta 5 gr. della menzionata in esame, vari in un piccolo cestello di filo di ferro, che immerse pel suo bordo inferiore in un bicchiere con acqua distillata, stette lo o centrizzandolo il cestello, tolti le gocce d'acqua a percolare poscia io stabilii il peso dell'acqua assorbita. Sette volte questa pesava 15,3 gr. seguiva quale *coefficiente di assorbimento* il numero 15,4. Ho raccolto in una tabella un gran numero di coefficienti d'assorbimento di diversi campioni di medicatura, data cui non credo conveniente qui pubblicare per non aver a l'attenzione di *richiamare* a noi a quella nostra acqua e quindi alla ristretta fabbrica. Comunque perciò soltanto alcune osservazioni, quali conseguenze delle mie ricerche.

1° Qui il materiale di medicatura con quali i casi singoli operato, si sono ottenuti eccellenti risultati di cura. *Una di loro di liquore di sublimato bratta ad acqua bollente*, posseggono un alto coefficiente di assorbimento.

2° *L'alumina antiseptica*, praticata sotto contemporaneamente la l'istrasanti — per il solo — esaltano le proprietà assorbenti della medicatura.

3° *La medicazione antiseptica*, tutta lunga e osservazione perde del suo potere attivo, ma guadagna nel suo potere assorbente, se conservata in luogo asciutto. Nel colone al sublimato corrosivo — il recente e di antica preparazione e della stessa marca di fabbrica, ho constatato che il secondo aveva perduto quasi tutto il sublimato, mentre aveva un coefficiente di assorbimento superiore al primo. Anche la *massa al sublimato nei nostri pacchetti da medicazione militari perde coll'andar degli anni in sublimato, ma guadagna tanto nel suo potere di assorbimento che a questo riguardo è da considerarsi come un materiale da medicazione incensurabile e non possiamo star talucosi su a bontà dei nostri pacchetti da medicazione.*

4° *Cratte da medicazione della stessa marca di fabbrica*, dello stesso prezzo e di eguale aspetto differiscono notevolmente tra loro nel coefficiente di assorbimento. Sembrava perciò opportuno per la scelta l'incetta dell'ovatta del *rimpiare* ogni volta il suo coefficiente di assorbimento.

5° *La tela fibrosa (o la canna indiana)* presentando in confronto all'ovatta un potere assorbente considerevolmente minore, è da considerarsi come un buon materiale per imbottire e non come mezzo adatto per fascature in compagnia.

6° *Albint* (tessuto laticinico), che se pur non possiede un ottimo potere assorbente, riunisce tutte le qualità per cui, tra le recenti.

7° Con particolare interesse ho esaminato la caviglia idrofila della *Libreco*. Sono ad ora sicure, e vi chiedo il perdono delle mie inezze, fosse dovuto a c loro concezioni d'impurezza, ma a questo si deve aggiungere l'insufficiente potere assorbente, molto inferiore alla buona nastro e ad al cotone strassato.

8° La seta protettiva, *Leichardt* e *Leicht* e carta gommatata sono assolutamente impermeabili, e giustamente sono in gran tempo non più usati per l'immediata copertura delle ferite recenti.

Le conclusioni che dalle sopradette esperienze saggiamente sanno autorizzati a trarre, non ci debbono far considerare d'ora in poi come superfluo il nastro antiseptico. Per contro si deve usare appunto in campo, e per quanto è possibile, il trattamento antiseptico del ferito, che se per una causa qualunque non l'abbiamo potuto seguirlo, non dobbiamo cessivamente preoccuparci, purché si sia fatto uso di una medicatura bene assorbente per la prima fasciatura e per quella a permanenza. A questo proposito sia ancora qui una volta ricordato, che Bergmann, al quale nella guerra russo-turca non mancò l'occasione, ebbe a osservare ottime guarigioni quando egli, senza arretrarsi della ferita, avvolse il membro ferito semplicemente con della buona ovatta idrofila a basso salino, o e sopra applicò una fasciatura gessosa.

Nella scelta della medicatura, per i bisogni di campagna, le competizioni della milizia e le associazioni della Croce Rossa farebbero bene a dar la preferenza a quelle medicature che si distinguono per un più grande potere assorbente.

Il sopradescritto metodo di determinazione del coefficiente di assorbimento renderà poi buona servizio quando si tratta di riconoscere tra i diversi prodotti di uno stesso materiale di medicatura quale sia il più usabile ed il più pregevole per gli usi di campagna.

M. C.

RIVISTA D'IGIENE

Dott. NUTTALL. — **La teoria zanzare-malaria.** — (*Centralblatt für Bakteriologie*, volume XXV, n. 5-10, 1899).

Varrone, Vitruvio e Columella ammisero un rapporto fra gli insetti e la malaria, teoria che ora affatica molti scienziati. Nei contadini italiani e nel Tirolo meridionale domina la credenza popolare che gli insetti producano la malaria. Il rezzo del monte Ussolana, il quale contrae la febbre tifoide discente al piano, ne incolpa la zanzara e chiama la malattia e la zanzara con lo stesso nome, *maia* (Koch). Gli abitanti di alcune contrade dell'Assam e dell'Africa ritengono che le punture delle zanzare cagionino la malaria (Jardeson). (1) Anche negli Stati Uniti tale teoria è da lui 20. eolosemta. Contine, ve e zanzare sono usate in ogni parte del mondo per difesa contro la malaria.

Schönro 1868 Nutt. pubblicò un libro sulla febbre zanzara e in esso parlò pure della teoria zanzare-malaria come cosa nota e, come tale l'opinione che le zanzare propagano pure la febbre zanzara. Ma il lavoro riceveva il suo tale argomento fu paludamento da King e per questo sembrò rimase quieto e tutti i lettori europei. In appresso si videro questa teoria l'averla nel 1891 in Francia, Koch nel 1892 in Germania, Manson nel 1894 in Inghilterra, Baginski, Mechnikov nel 1896 e recentemente Grassi nel 1898 in Italia.

In generale si può ritenere che tutti gli argomenti addotti dagli scrittori europei in favore della teoria zanzare-malaria si trovino nella memoria di King nel 1884, il quale non risparmiò ad alcuna priorità.

BASI DELLA TEORIA ZANZARE-MALARIA. 1° *Requiere malarica* — vale a dire una predomnanza in regioni malariche, e anzi da favorevoli per lo sviluppo delle zanzare. A

(1) Lasciò nella classica opera: *De morbis paludum effluvia, eorumque remediis* A. L. si dice a lungo e saviamen e come sempre, del rapporto fra le zanzare e la malaria.

temperature inferiori a 15-16° C di rado si manifesta la malaria, a 0° cessa e cessa pure la mobilità delle zanzare (Hirsch, King ed altri). Ne le pozzanghere formate dalle prime piogge si sviluppano numerose zanzare, se cessano le piogge, e pozzanghere si prosciugano e con esse scompaiono malaria e zanzare (Bignami), mentre le abbondanti piogge ne agevolano la diffusione (Hirsch) per l'aumento delle pozzanghere e delle piccole raccolte di acqua e rispettivamente delle zanzare. Estanti umidi sono malsani ed estati asciutti sani — ad eccezione dei luoghi vicini a paludi, stagni e fiumi. (Cooke 1828). Spesso fu dimostrato che la malaria si manifesta, durante annate umide, in luoghi diversi (Hirsch, Laveran 1898). Negli anni in cui abbondano le piogge si formano in maggior numero pozzanghere e raccolte di acqua nelle quali possono moltiplicarsi le zanzare.

2. *Terreni malarici.* — Contrade basse, umide, paludi, coste giacenti in bassure, foci di fiumi, vallate fluviali, particolarmente se inondate (Nilo, Indo, Eufrate, Gange, Mississippi, ecc.) sono i luoghi colpiti nel miglior modo da malaria (Hirsch e Laveran, 1898). In tali luoghi s'incontrano pure numerosissime zanzare, le quali, per moltiplicarsi abbisognano di piccole raccolte di acque, cioè di acqua quasi stagnante. La malaria domina maggiormente scendendo verso l'equatore, cioè in luoghi in cui abbondano gli insetti al massimo grado durante l'intero anno. Più volte è stato osservato sviluppo di malaria ed aumento della sua miasma vagante qua e conseguenza d'irrigazione senza scoli (sud della California e altri esempi riferiti da Hirsch).

3. *Profilassi comune contro la malaria e le zanzare.* — *Protezione della cute.* — Numerosi sono gli esempi e gli scrittori, i quali dimostrano che la chiusura delle finestre e delle porte durante la notte, come pure l'uso di zanzariere, veli, cortine ed altri simili ripari rappresentano una difesa contro la malaria (Johnson, 1818, Macculloch, 1827, Brocchi, Gode, 1834, Evans, 1837, Oldham, 1871, Bignami, 1896, Koch, 1888 e King, 1883).

Le abitazioni riunite tengono lontano la malaria. — È noto che la malaria non entra in città, che giacciono in regioni malariche. In Roma, durante la stagione malarica, sono colpiti solamente coloro che escono dalle mura della città (Laveran, 1898). Ciò è da attribuirsi al fatto che pareti, muri, siepi, ecc. costituiscono un impedimento per l'ingresso delle

zanzare e cre i loro posti alla periferia della città possono attirare le zanzare (King). La teoria zanzare-malaria spiega pure come taluni giardini possano essere colti da malaria da un lato della strada e dall'altro no (Mac Illoch, Jerrison Dick, Wilks) per effetto dei venti spiranti da varie parti. Se ora a Mendini, la parte interna della città di Roma è immune da malaria perchè priva di zanzare.

Libera per tutta dai boschi e dal traspirare le acque.

— È noto che i boschi possono impedire la diffusione della malaria per mezzo del vento. Secondo la teoria zanzare-malaria, ciò si spiega col fatto che le zanzare, se quiti da un luogo malarico vanno verso un bosco, o vi sono trasportate dal vento, devono lì morire. Ciò è stato spesso e chiaramente dimostrato dall'effluenza acerbissima, malsanamente e letalmente sulla salute degli uomini che abitano in più luoghi (Coons, Wolf, Francis Day, Monnier et, Loes, ne riferiscono rispettivamente alcuni esempi).

Raccolte in acqua, sulle quali strisciano venti la regione malarica offrono talvolta notoriamente una protezione. Navi, che giacciono ancorate in porti malarici sono colpite da malaria solamente a hora che un vento di terra gonfia uno ad esso, e l'orlo si trova in grande vicinanza alla terra, ma anche a hora le infezioni malariche sono rare. Ne rif. i sono esempi Pringay, 1752, per la squala inglese ancorata in Orlan, Blane, 1799, Rattray, 1859, Vincent e Barot, 1896. Da vario senso deriva che l'infezione è per terra e che nell'acqua si estingue e dipende dal fatto che le zanzare non possono volare lontano senza riposarsi, non oltrepassano 300-400 metri sulla superficie dell'acqua. Se questa è tranquilla potranno forse fermarsi qua e là alla superficie, ma quando è mossa, ciò non è possibile, ed anche giungendo in vicinanza di una riva, solamente poter, dalla superficie dell'acqua, potranno alzare alla superficie. Sulla terra le correnti aeree trasportano più lontano le zanzare. Queste seguono la direzione del vento e possono ripetutamente riposarsi. Nelle pause del vento spesso si riposano e rivolano per poter prendere la direzione del vento. Di quando in quando possono scendere, si riposano a sommi sulle piante e facendosi frequenti soste possono essere trasportate a grandi distanze. Quando il vento soffi a fortissima, non si è più molestati dalle zanzare perchè queste si nascondono fra l'erba e nei co-

spazio. Anche la cu per auto s' s' oge cu per l' infezione malarica i boschi funzionano quali filtri.

Coltivazione del terreno. — Continua di volte è stato osservato che la coltivazione del terreno fa tutto scomparire la malaria (Herschel, Laveran, 1898). King e molti altri ne riportano esempi. La coltivazione del terreno rinnova rapidamente di acqua come a puliti, pozzi cisterna, piazze, di modo che si può affermare che con la coltivazione del terreno, cessi, per così dire, la coltura delle zanzare.

Inondazioni del terreno. — Eggiamente si fa a, come a fagnuola, a coltivazione del terreno, oltre a coltivazione malarica e il compimento di un altro terreno malarica e osse e paludosi malarici (Herschel). Non ammettendo si avanza non si sviluppa l'elemento e l'elemento si sono i filtri non alti, non divergono per così dire, la ricchezza del terreno, come lo a diventare inutili (Dols, 1878). Gli stessi, per così dire, l'elemento anche l'acqua viene a se senza ristagnare (Borelli-Castellani (1850) citato da Laveran (1898).

In luoghi malarici e per il caso il più comune, dopo la caduta del sole e il dormire a notte. — Durante la giornata il pericolo è minore che a notte, cessando la notte, perché le zanzare al giorno si riposano e si conducono molto dopo la caduta del sole e durante la notte esse non fanno per succhiare il sangue agli uomini (King). Il dormire all'aperto dopo la caduta del sole, per il contrario, so che l'elemento, perché durante la notte gli uomini sono tutti nudi, le zanzare meno di quando dormono (King e Bignami, 1896).

L'uso del fuoco. — Nelle regioni malariche l'uso del fuoco, tanto all'aperto quanto in casa protegge a distinzioni persone contro l'infezione malarica (King). Le zanzare sono naturalmente attratte dal fumo, e quando esse fanno volano verso di essi e vi si annidano. Nelle campagne romane la gente che dorme nelle capanne, in presenza di molte febbri, prende il fumo, che si sprigiona dal fuoco, e si tiene il mezzo alle caviglie e capanno sale in alto per uscire l'elemento e morto e in tal modo la gente si capanna e sopracapanna di fumo (Bignami, 1896). Tre fattori, sono per l'azione di fumo che a traggono gli insetti, e l'attrazione, il fumo che solleva molto fumo e li discausa, le correnti d'aria calda che li tira in alto, che portano lunge molte zanzare.

Inamantata dei larvatori di zanzare. — Le carcasse e i piedi di elefanti rimangono immuni e quando scoppiano in acqua

malatici, per ch'usano profumare la loro cute con vapori di zolfo (D Albadie, 1882). Nelle solfatare di Sicilia i lavoratori sono generalmente immuni (8-9 p. 100 colpiti), mentre nelle vicinanze gli altri che non lavorano nelle suddette solfatare sono assai colpiti (70-90 p. 100) (prof. Silvestrini). La città di Zefirìa, vicino alla moderna Milo in Grecia popolata un tempo da 40 000 abitanti, fu quasi del tutto abbandonata per la gran malaria che vi dominava. Sembra che la città cominciasse a spopolarsi quando furono sospesi i lavori nelle solfatare vicine. Un paese, posto sopra una collina, in vicinanza delle pianure paludose di Catania, fu abbandonato al principio di questo secolo per la dominante malaria. I lavoratori hanno ora formato una colonia attorno alle solfatare mentre le alture vicine non sono abitate (Fouquet). È a dunque il zolfo, che tenendo lontano ed uccidendo le zanzare, produce immunità.

Immunità di razze. — Il negro è relativamente immune per colore della cute, ma forse anche perché vi spalma sopra del grasso, anche perché si sprigiona da essa un odore nauseoso, molesto alle zanzare (King). Più sensibili alla malaria, perché più facilmente punti da zanzare sono i fanciulli e gli adulti, che hanno cute delicata e tenera (Laveran, 1896). I negri, per la spessorezza della loro cute sono meno accessibili alle punture delle zanzare (Laveran, 1898).

4. *Influenza dell'occupazione e rispettivamente della professione*. — La frequenza delle infezioni malariche è in rapporto diretto con l'occupazione. Soltati e genti che devono dormire all'aperto in regioni malariche, pescatori, che esercitano la loro professione su coste malariche, raccoglitori di bacche selvagge, boscaioli, che tagliano piante in luoghi malarici e simili contraggono facilmente le febbri, perché sono più esposti alle punture delle zanzare, le quali sono di preferenza nascoste nelle piante ed uscono dai loro nascondigli si addensano attorno all'uomo. (La Roche, Macculloch).

5. *Lacrazione del terreno*. — Scavamenti di fosse per la costruzione di canali, di strade ferrate, di fondamenta per le case, ecc., producono spesso sviluppo di malaria in luoghi prima sani. Una grave epidemia di malaria accompagnò le escavazioni del canale del Panama. I lavori pel canale S. Martin e per le fortificazioni di Parigi furono accompagnati talora da malattie malariche. Altri esempi non mancano. (Hirsch, Welch e Thayer, ecc.) In tali casi è probabile che siensi for-

male picciole pozzanghere, che servono quasi vivai per lo sviluppo delle zanzare e che queste si stiano infettando per i lavoratori, già malarici.

Luoghi elevati e loro relazioni con la malaria — È da lungo tempo conosciuto che uomini, i quali, in regioni malariche, occupano i piani superiori di una casa, possono rimanere immuni (Oster, 1892, Laveran, King). Ciò dipende dalla frequenza delle zanzare, che abbondano nei luoghi bassi. In Costantina e in Bona le zanzare sono numerosissime nei luoghi bassi, che sono pure malarici, mentre non si trovano nella parte alta delle dette città, che sono sane (Laveran). Nella provincia di Medjah le montagne sono visitate da malaria quando vi spirano venti che hanno attraversato le paludi vicine (Le Gendre, 1886) ed altri esempi non mancano.

Le piccole elevazioni su terreni malarici a 200-300 piedi, sono talora più pericolosi della stessa pianura, mentre un'altrezza maggiore protegge (Russell, 1876). Ciò dipende dal fatto che le zanzare possono essere trasportate convenientemente dai boschi alle montagne e la riunite (King). Nell'Africa orientale tedesca, all'altezza di 2000 metri la malaria non si manifesta più perchè in quelle alture le zanzare non si riproducono (Koch). Temperature media estiva elevata, e raccolta di acqua stagnante possono dar luogo anche su le montagne, specialmente discendendo verso l'equatore allo sviluppo della malaria (Hirsch).

L'ufficio degli insetti (e delle zecche) in altre malattie. — Come le zanzare servono da ospite intermedio per la *filaria Bankrofti* (Manson ed altri), le pulci per la *filaria recanalis* del cane (Grassi) le zecche per la febbre del Texas, così lo stesso ufficio spiegano le zanzare per la malaria (Laveran, 1896, Bignami, 1896, Welch e Dwyer, 1897, Koch, 1898, Grassi, 1898). Nella febbre del Texas sono le giovani zecche, provenienti da madri infette che propagano l'infezione. Lo stesso può avvenire per la malaria (Teobaldo Smith 1891-92 Koch 1898). Ignorasi ancora quali alterazioni subisca attraverso parecchie generazioni di zanzare (1).

Connubio malaria-zanzare — Dove domina la malaria esistono zanzare, ma non in tutti i luoghi dove trovansi zanzare

(1) Dai recenti lavori di Grassi, Bignami e Bastianelli quest'ipotesi non è stata confermata, avendo essi sperimentamente dimostrato che l'infezione si trasmette direttamente dalle zanzare che si nutrono di malarici, e non dalla prole delle zanzare infette.

senza la malarìa. Molti esempi dimostrano la realtà, anzi la necessità, del comble, ma anche zanzuare (Laveran, 1757-1762, Laveran, 1896, Manson, 1896, Ross, 1898). J. J. J. (1898) ammette che l'infezione possa essere contratta anche con acqua potabile infetta da zanzuare o in altro modo (1).

Mezzo d'infezione. — L'infezione ha luogo principalmente per mezzo dell'aria. Alcuni ritengono possibile anche l'infezione per mezzo dell'acqua potabile bevuta e mediante l'aspirazione di polveri schivate da polveri presciugate (Laveran, 1898, Manson). Altri sono d'avviso che l'infezione possa essere contratta bevendo il zanzuare (King, Laveran, Bagamini, Meoli e Koch). Però Manson ritiene questo mezzo più eccezionale, mentre Nuttall lo ammette quale regolare. Laveran e Koch ritengono erronea l'ipotesi della trasmissione diretta da un uomo malato a un uomo sano per mezzo del zanzuare infettatosi sul primo.

Il parassita non vive fuori del corpo dell'uomo. — Le zanzuare sono gli ospiti intermediari del parassita malarico, e perciò è possibile aver luogo l'infezione e necessario che il parassita si trovi nelle ghiande salivari e nei succhi ematici del sangue dell'uomo durante la puntura (Ross, 1898). Il parassita malarico non può vivere fuori del corpo dell'uomo allo stato libero, ma in altri organismi inferiori e specialmente nel zanzuare. Manson, Ross, Bagamini e altri sono d'opinione che le zanzuare siano gli ospiti intermediari del parassita malarico. Bagamini opina che questi insetti possano infettarsi copiosamente durante la loro vita nel terreno umido e che forse il verme malarico sia l'apertissimo parassita del zanzuare, le cui pupille con le inoculazioni trasporterebbero nell'uomo. Questo può trasportare la malarìa in luogo non infettato dalle zanzuare (Manson e Laveran, 1896). La malarìa è adunque endemica fra gli esseri superiori, ma anche che da tre anni dominava in *Mauritius* prima che giungesse all'Isola Reunion (Lanzel, 1872). In ambedue le isole, le zanzuare sono molto numerose e adesso un terzo di tutti i morti avviene per malarìa.

(1) Le nuove scoperte di Ross, J. J. J. e molti sopracitati hanno evidentemente dimostrato che non l'acqua potabile, ma le sole zanzuare infette sono l'unico veicolo della infezione malarica. Hanno pure dimostrato che tra le varie specie le zanzuare o *Anopheles claviger* quella che propaga le febbri, e con ciò si è abolita l'opinione della esistenza di zanzuare senza malarìa.

Parte sperimentale. — Per impulso di Manson, le cui ricerche hanno dimostrato che la *Culex Brineri* è l'ovaio osale inforned, cioè la zanzara, Ross nel 1865 fece molte analisi su molti di mala li. Egli fece l'ingie e di zanzare pazienti, che presentavano un emulmaria sangue e dimostrò che i parassiti e zanzare si muovono e che nei pre arati freschi, li sangu. Ross e Manson insistono avere che le forme somi nate si situano nei tessuti delle zanzare. Con l'eccezione, istituita su larve di zanzare in Sordidatad (Dacchi) la no trova le zanzare e nel loro stomaco e in esse le altre Ross l'osservare l'ototomie degli studi il sviluppo del parassita, ma anche, l'ero Manson l'aver li ritennero tale e n'ebbero con altre. Ross stato lo sviluppo di queste gregarie nel stomaco delle larve li zanzare e vide che dopo uno stato di incubazione di breve durata non potuto seguir l'esaltamento, la greggia l'aveva eretto, liberata e lasciata mobile, si sciolse e si mosse. Per la prima volta si hanno le *tubercoli* li Manson e vi si è copula, l'impresso si formato per la ovaria e centrale casale. Nelle successive trasformazioni dell'osetto si era sa le e l'altro, la capsula si rompi e le admettose, sciolte, si rimpiccioliscono e si uniscono, come fu osservato nelle zanzare durante il tempo in cui avevano su erato e sangu. Le larve li zanzare per tranquillato tutto il tempo, in cui le osservazioni del l'altro similitudine della stessa greggia e li zanzare mate possono trasportare l'intero e con la greggia e l'altra.

Il parassita maturo, che sanguie durante su erato in emulmaria sanguigno e che, in un emulmaria sanguigno, mosca e zanzara, viene odore e non sviluppa si (Manson, 1865). Il parassita maturo somi nate maturo, che lo sanguie l'ovogio o di più e molto, se esposto dal l'organismo umano e ciò si osserva tanto su i viti come nel lo stomaco delle zanzare. Le larve di veute odore, abbondante l'acqua di gerente e penetra in nei tessuti delle zanzare, ove subiscono metamorfosi. Qualche cosa di simile avviene nel parassita maturo, dicento la assita della zanzara e trasformato in greggia o come li (Manson). La zanzara che ha su erato sangue infetto di più e più greggia e nell'osetto, in cui e nell'acqua e galleggia vi non le aveva stesse. Le larve sviluppate in queste greggia e l'altro e molti si infettano e più li parassiti maturo per il loro greggia e a nuovo per mezzo della acqua potabile o della respirazione il polvere proveniente

da palude disseccata e infetta la parassita malarica. Le zanzare però non infetterebbero pungendo, ma agirebbero come ospiti intermedi del parassita malarico infettando nel loro sviluppo l'acqua e il terreno (Manson). Convinti che le zanzare e in le loro punture possono diffondere la malaria, Bignami e Dionisi (1896) tentarono di provarlo con due esperimenti sugli uomini sani, ma non vi riuscirono. Essi ritennero che le zanzare, lasciate libere nella stanza in cui ebbe luogo lo esperimento non sopravvissero abbastanza per prolungarlo bastevolmente. Ca. andruccio ha osservato che il parassita malarico muore nello stomaco della zanzara e della sanguisuga, secondo riferisce Bignami, ma questi riporta osservazioni, le quali l'indussero a credere che le zanzare propagano l'infezione con le loro punture.

Ross (1897) dopo lunghe ricerche osservò in una specie di zanzare, nutrita con sangue che conteneva forme semilunari, lo sviluppo di questi parassiti malarici. Sulla parete dello stomaco delle zanzare che avevano succhiato il sangue infetto di semilune vive, dopo 4-5 giorni, particolari cellule pigmentate del diametro di 12-17 μ . *Il loro pigmento era affine a quello dei parassiti malarici e nulla di analogo fu osservato nelle zanzare di controllo, e per conseguenza ritenne il Ross che fossero parassiti malarici.* Egli era adunque finalmente riuscito a trovare la vera specie di zanzara che funzionava da ospite intermedio. Le cellule trovate contenevano numerosi vacuoli stazionari, ma nessun vacuolo contrattile e il protoplasma non mostrava movimento ameboidale, o intracellulare visibile, come pure nessun nucleo. Tutte queste cellule contenevano da dieci a venti granuli pigmentati, disposti al centro o alla periferia in cumuli simili a quelli dei parassiti malarici.

Alcuni di questi granuli pigmentati erano dotati di lieve movimento oscillatorio. In una zanzara osservata dopo 4 giorni furono numerate dodici di tali cellule nella parete dello stomaco, in un'altra dopo cinque giorni se ne trovarono due, ma queste erano più chiaramente deformate e più grosse delle prime. Il Ross mandò parecchi preparati in Londra al Manson, che li esaminò insieme col Sutton e col Thim. In un breve scritto del 1898 Ross afferma che le cellule pigmentate nelle pareti dello stomaco della zanzara sono patologiche e identiche ai parassiti malarici. In numerose zanzare con ali macchiate, nutrite con sangue sano o malarico

la ricerca microscopica fu sempre negativa. Anche l'inzanzare della stessa specie fuote nutrita col sangue di un paziente contenente semidine. Una fu incisa il giorno successivo, ma non si trovarono in esse cellule pigmentate; nella seconda, incisa dopo 48 ore, si trovarono molte cellule pigmentate. Esse erano tutte piccole, molto più piccole delle cellule epiteliali, di forma ovale, di circa 7 μ nell'asse maggiore ed ogni cellula conteneva 20 granuli circa di pigmento tipico, che spesso erano situati al polo periferico come quelli dei parassiti malarici. Egli nutrí pure più di cento zanzare grigie, istate a d'orso, a erie con sangue sano, altre con sangue contenente semidine, mentre altre furono lasciate a digiuno. Ma sezioni non si trovarono cellule pigmentate.

Ed almeno è, incisa a livello 2 orio una zanzara che aveva succhiato sangue da un paziente, in cui esistevano molti parassiti malarici. In febre tiziana, furono osservate molte cellule pigmentate (da 10-25 μ di diametro) nei parassiti malarici, che si sviluppavano nello stomaco della zanzara, secondo Manson, e furono le pareti dello stomaco, come quella della faccia esterna dell'addome, tessuti dell'insetto. Per ciò che riguarda il parassita di *Mac Callum* (1898) ha dimostrato che le zanzare che egli per *halteridium* e nei parassiti malarici e febbre tiziana, autunnali che è dovuto alla tiziana, febbre, che agisce come una specie di sporellone. Nell'*alteridium*, dopo una pausa di riposo, si sviluppa il corpo sferico, allungato, in cui si formano *termici* che si nutrono lentamente e poi non il pigmento caratteristico ad un'estremità, mentre con l'altra, acuminata, la punta dritta all'innanzi, perforano il corpo che incontrano e si stringono. I *termici* che roschi del sangue, che vengono a contatto con l'estremità calva dei *termici* sul senso notevole alterazione per le semina che al punto di contatto la meno ha sulla serpa e il contenuto versato nel sero del sangue. Nei parassiti malarici d'uomo non si formano *termici* (Mac Callum). Però Manson è convinto che nello stomaco della zanzara si formano tali *termici*, e può perfino nelle parti dello stomaco e contrassegnare la loro direzione di sviluppo dal osservati di Ross. Questi (1898) studiando in Calcutta un'ideazione di *halteridium* e più speditamente di *leiosoma* (Labié) nei passeri, nelle lodole e cornacchie giunse ai risultati seguenti:

1. Nelle pareti dello stomaco di *zanzare gr. m.*, le quali avevano succhiato il sangue di cornacchie, todore e passeri infetti di *proteosoma* trovò cellule pigmentate.

2. Tali cellule pigmentate non furono trovate in zanzare grigie di col. l. o a, che avevano succhiato sangue normale di passeri, allodole e cornacchie, o sangue malarico umano contenente semi vive o sangue di cornacchie e allodole contenenti *halteridium*.

3. Le cellule pigmentate si trovano nella parete esterna dello stomaco delle zanzare. Tali cellule, 1. entro dopo 1 succiamento, hanno un diametro di 6 μ , dopo 6 giorni, di 60 μ . Esse perciò si sviluppano ed è molto probabile che sieno coccidi.

4. Con pezzi di succiamenti della stessa specie di zanzare sullo stesso uccello si sviluppano di nuovo giovani coccidi.

5. Simili cellule pigmentate si trovarono nelle zanzare nutrite con *gimnosporidi umani* (Labbé).

Ross prese 4 zanzare della stessa specie e provenienza diecimane e più (a) succhiarono il sangue di un passero in cui abbondavano *proteosomi*, altre tre (b) sangue che ne conteneva meno, le ultime dieci (c) sangue di un passero che non ne conteneva affatto.

Dopo 50 ore furono uccise tutte le zanzare e contate tutte le cellule pigmentate contenute nella parete dello stomaco.

I conteggi furono ripetuti da Manson e le cellule pigmentate sono indicate nelle medie seguenti:

a)	100,8 (Ross)	.	.	.	108,4 (Manson)
b)	29,2	"	.	.	57,1 "
c)	"	"	.	.	" "

Ross ha ripetuto più volte le stesse ricerche e sempre con identici risultati. Dunque gli ematozoi degli uccelli e dell'uomo, nella loro vita intracapsulare, rimangono a lungo entro le pareti stomacali di particolari specie di zanzare, ivi si sviluppano e forse dopo la morte delle zanzare danno luogo ad una specie di siembra ed abbondano in capsule. Nuttall, Laveran e Metschnikoff che osservarono i preparati di Ross furono di unanime parere che le cellule pigmentate fossero parassiti in un determinato stadio di sviluppo dell'ematozoo. Laveran ritenne la scoperta del Ross di grande importanza, perchè segnava un gran passo nel ciclo di sviluppo degli ematozoi degli uccelli e molto vero-

similmente anche in quello dei *Maculipoloides* (12 luglio 1898). Manson e Lewis avevano osservato 21 anni antecedenti che gli uccelli possono essere punti da zanzare e che queste forse cagionano in essi malaria.

La relazione del Ross pubblicata il 21 marzo 1898 da Calcutta, relazione che il Manson pubblicò sotto l'etichetta di comunicazione preventiva.

Di 249 zanzare grigie nutrite con sangue d'animale morto di proteosoma, 178 (72 %) contenevano il *Leishmanium* nella parte dello stomaco. Di 249 zanzare grigie, nutrite con sangue umano, contenente *Leishmanium*, parassiti della febbre tiziana non fu fatto rapporto, ed il sangue di uccelli contenente *Leishmanium* con sangue normale di passeri, come pure con sangue di uccelli che aveva proteosoma non completamente sviluppato, nessuna presentava cellule pigmentate. Su 81 zanzare grigie con sangue di uccelli, contenente proteosoma, si trovarono 74 (91 %) cellule pigmentate. Ross concluse che le cellule pigmentate presentano una fase di sviluppo del parassita, e trattate con sangue nello stomaco di parti chiare spente di zanzare. Se queste furono nutrite rapidamente con sangue contenente proteosoma, poterono essere osservati nel tessuto dello stomaco i parassiti in diversi stadi di sviluppo e parti succhi di per ultimo sembrarono più piccoli. I parassiti trovati sono generalmente pigmentati, e quando non avevano altrettanto. Questi ultimi sono così visibili che sporgono, a guisa di bernoccoli, sulla superficie loro stomaco. Se i parassiti penetrano nelle fibre muscolari delle pareti dello stomaco delle zanzare, si contraggono in modo fra il rodere e lare, come dice Ross, le trichine.

Koch (1898) insistette sulla teoria del *anopheles* della malaria per mezzo delle zanzare, però non dice nulla intorno alle pubblicazioni di Ross e Manson. Egli afferma molte cose che la malaria è in un'atmosfera nelle abitazioni e nelle camere da letto, in cui l'aria è in movimento, anziché in quelle in cui ristagna, perché in questa abbondano le zanzare.

Ross scrisse al Nuttall dall'India in data 7 luglio 1898 che *era gli riuscito di produrre l'infezione di proteosoma nei passeri, negli uccelli tessitori (Weaver birds) e nei cornacchie per mezzo di zanzare intette*. Altre notizie sulla argomento furono fornite al Nuttall dal Manson. Ross trovò che schiacciano le capsule di proteosoma, che si trovavano

nelle pareti intestinali delle zanzare, in una soluzione di cloruro di sodio, uscirono tante capsule, in enorme quantità, piccolissime, fusiformi, alquanto appiattite, che egli chiamò *germinal rods* (sporoziti). Sembra che tali elementi sieno immobili. Essi giungono nelle cavità del corpo della zanzara e sono trasportati, nel sangue che la circola per ogni dove, per forma che 5-6 giorni dopo il siccamento si riuniscono in gran quantità entro le *cellule delle glandole salivari*, le quali si rigonfiano e ricordano le cellule ripiene di batteri della lepra. Dai pus-siti micisti escono fuori questi corpiccioli fusiformi o, alcune grosse spore nere. Lo scopo di queste ultime non è ancora conosciuto. Se sono conservate in una camera umida, rimangono immutate per settimane e non si sviluppano se le larve di zanzara sono nutrite con esse. *Ross crede che l'infezione sia prodotta per mezzo di punture fatte da quelle zanzare, le cui glandole salivari contengono i corpiccioli fusiformi.* Su 28 passeri, 22 contrassero una grave infezione da protozoi, di poche erie o stati patiti da zanzare infette. Di 4 uccelli tessitori e 2 corbaccie punte da zanzare infette rimase immune solamente un corbaccina. Una particolare infezione grave contrassero cinque passeri, nei quali esisteva una ulcerazione benigna prima che fossero punte da zanzare infette. Le zanzare giugue usate da Ross furono catturate in fosse, pozzi, gioghi, ecc., sino ad un'altezza di 7000 piedi, sul livello del mare. *Cio è in armonia, secondo Ross, con l'opinione di Vignone e Gracchi della malaria degli uccelli.* Le zanzare che l'India importa, le quali, secondo Ross, si eleggono un'azione nella malaria dell'Indo, furono trovate soltanto in piccole pozza-guete formate dalle piogge. Da ciò si spiega pure perchè la malaria estiva è limitata nell'India a incerti distretti, relazione con la stagione delle piogge. Relativamente alla prima causa contro la malaria (cioè l'uso delle zanzariere) l'attenzione deve essere rivolta alle raccolte di acqua piovana, stagni, pozza-guete, esterne e simili in cui si moltiplicano le zanzare; ma in modo particolare devono essere invigilate e corrette le raccolte di acqua vicino a ricami di case e di capanne. Ed è consigliata l'erosione con frenagli e di impedire lo sviluppo delle zanzare. Ross pensa che i malarici debbono essere tirati sotto zanzariere, perchè con la presenza di queste particolari di zanzare potrebbero servire quali focolai per la diffusione della malattia.

A diverse domande rivoltegli dal Nuttall rispose il Ross con lettera in data 31 ottobre 1898. Il tempo, che passa fra l'infezione di una zanzara e la possibilità di produrre un'infezione è di circa 7-8 giorni, cioè il periodo che occorre ai coconi per diventare liberi e per far germogliare i *germinal rods* (sporozoit) nelle ghiandole salivari. La malattia si manifesta 5-6 giorni dopo che gli uccelli furono punti da zanzare infette. Non è ancora determinato quante punture di zanzare sono necessarie per cagionare l'infezione. I passeri, che servirono per le ricerche furono per parte di giorni, dopo la loro cattura, tenuti in osservazione. Di 111 passeri presi in Calcutta furono trovati infetti nel rapporto di circa 13.5 %. I passeri sani furono divisi in due gruppi di uccelli tenuti in particolari gabbie entro zanzariere. Le zanzare infette furono poste entro le zanzariere di una parte di passeri, mentre l'altra parte di uccelli, che servi per controllo fu preservata con zanzariere pure dalle zanzare di laboratorio. Circa l'80 %, di passeri posti in contatto con le zanzare infette, mostrarono proteosomi nel sangue, mentre dei 40 passeri di controllo uno solo ebbe pochissimi parassiti e Ross fu di parere che essi fossero stati già attaccati prima ricerca. Dopo alcune settimane anche i passeri e il controllo furono esposti alle punture delle zanzare. Il risultato fu che la maggior parte ammalarono. Come già fu detto, solamente 15 dei 111 passeri catturati avevano proteosomi nel sangue, ma soltanto 2 di questi uccelli infetti mostravano più di un parassita in ogni campo visivo del microscopio. Dall'altra parte gli uccelli esposti alle punture di zanzare mostravano un'enorme quantità di parassiti nel sangue. Ross trova, che uccelli che una volta mostrano proteosomi nel sangue ne hanno sempre nella stessa proporzione. Secondo lui era difficile riconoscere un'infezione recale da un'altra, mediante la presenza di parassiti grossi, in di, pigmei, tali, che non si riscontrano in principio di un'infezione cagionata da punture di zanzare.

Ziemann (1898) nutrimosi anche col sangue di un uccello, che soffriva di febbri di malarìa (febbri estivo-autunnali), coi pezzetti di midza di un anfiduo morto per peritonite, con organi di uccelli che contenevano ematozoi nel sangue. Dopo 4 ore le mosche furono esantate, ma non furono trovate in esse ematozoi. Ziemann avrebbe dovuto fare le sue ricerche con zanzare, poiché non vi è alcuna base per sostenere che

le mosche (*musca domestica*??) possano propagare la malaria.

Grassi 1888 ha seguito una via diversa da quella del Ross. Egli fece estese ricerche in Italia ed in Sicilia per determinare se in regioni malariche esistano particolari specie di zanzare. Per lui s'incontrano molte regioni, che abbondano di zanzare, nelle quali malaria non si manifesta, gli sembra verosimile che anche in questi luoghi, i quali sono adatti per lo sviluppo dei parassiti malarici, manchino zanzare a latte. E noto che altri parassiti hanno il loro ospite soltanto in certe specie di animali del tutto determinate. Grassi esaminando tutte le specie di zanzare, che si trovano in regioni immuni da malaria e malariche, trovò tre specie, che s'incontrano solamente in regioni malariche. Una di queste *anopheles claviger* Fabr. è sempre presente ed in gran numero nei peggiori foci malarici. Queste grosse specie di zanzare denominate *zanzarone* o *moschino*, furono già descritte dal Ficalbi quale specie assai comune in Italia che si sviluppa in acqua mediocrementemente torbida e punge uomini ed animali.

Secondo Grassi la concomitanza di queste specie e della malaria è assai manifesta in molti luoghi della Lombardia, del Veneto, delle Maremme toscane ed anche in alcune località della campagna romana. Egli riporta delle osservazioni fatte in luglio-agosto 1888, che uomini, punti da questa specie in appresso contrassero malaria. Soltanto in un luogo, in una villa presso Saronno, furono trovati pochi di questi zanzaroni. Le altre due specie che s'incontrano costantemente sono il *Culex ponticus* Latr. Rondani, che talora si trova in abbondanza e il *Culex malariae* di Grassi, una specie non ancora descritta. Grassi è di parere che non possa speltare alcuna parte né la diffusione della malaria alla specie *Ceratopogon, Simulia, Aedes* e *Phlebotomus*, oppure alla specie *Culex pipiens*, *Culex Richiardii*, *Culex annulatus*, *Culex hortensis*, *Anopheles biturcatus*, *Anopheles nigripes*, *Culex spathopalpis*, *Culex pulexritarsis* e *Culex elegans*.

Il servo di Grassi, che contrasse malaria fu un mese prima punto dalle 3 specie sopranominate. Ricerche istituite da Grassi in Rovellasco con *A. claviger* furono negative e ciò secondo Grassi perché queste specie in Lombardia nel mese di settembre non pungono più. Con numerose osservazioni ha dimostrato che parecchie specie di zanzare possono pungerci in diverse ore del giorno e della notte, però la massima

parte punzono di sera, alla luce crepuscolare. *Grassi trova che le zanzare non lo punzano.* Sebbene egli per 30 e più giorni avesse dimorato in regioni malariche e si fosse esposto a contrarre infezione, tuttavia non prese malaria. Sei ragazzi che lo accompagnavano rimasero rispettivamente 12, 7, 4, 4, 2 e 2 giorni in regioni malariche, per recitare o nella raccolta di zanzare. Il primo fu piccato circa 50 volte, e i altri 20, 5, 2, 50 e 0 volte dagli zanzaroni mentre tutti e sei furono punti dal *Culex pipiens*. S'hauto il primo ragazzo contrasse una febbre (e già l'aveva ricevuta del suo figlio) che fu tosto vinta e non la curò. Grassi rammenta un caso nel quale uno dei figli appartenenti ad una famiglia fu punto da zanzare (*Culex pipiens*) e contrasse malaria, mentre i restanti ragazzi che erano stati ripuliti dalle punture con le zanzariere non si ammalarono. Il *Culex maculipes* fu trovato nelle paludi fra Ravenna e Cervia, nelle paludi Portine era meno numeroso delle altre due specie, mentre nelle regioni malariche di Sicilia non si raccolse. Finora sono stati trovati in Sicilia soltanto l'*A. cascioi* ed il *C. pipiens* col *C. R. chierdi* (assai numeroso in Leobuni).

La seguente ricerca fu istituita da Grassi e Bignami. Zanzare delle tre specie *Culex pipiens*, *Culex maculipes* e *Culex claviger* furono raccolte in Maccarese, luogo malarico, e portate a Roma. Un paziente in Santo Spirito servì quale persona di ricerca, perché fu esposto alle punture di queste zanzare. Il paziente, che si presentava ventoso, era un malato di nervi dozzente all'ospedale da 6 anni e non aveva avuto mai malaria. Cinquanta giorni prima era stato sottoposto a ricerche col *Culex pipiens*, ma negativamente, con le zanzare di Maccarese contrasse malaria. Nel suo sangue furono trovati parassiti delle febbri estivo-autunnali. Bignami portò poi il caso estesamente. Grassi fu d'avviso che la malaria fosse stata provocata dal *Culex pipiens*, perché questa specie era la più numerosa. L'*A. cascioi* non portò alcun danno perché erano presenti potterbe esseri oscuri quasi in quantità. Non è del tutto certo che questa specie ed il *C. maculipes* non abbiano preso parte all'infezione.

A Grassi finora non è riuscito di feccare i colli mediante punture di zanzare. Egli ha potuto determinare che la malaria fra gli uccelli si manifesta nelle regioni che per gli uomini sono sane e viceversa, nelle di mostrazioni delle zecche per la febbre del Texas, le zanzare per la malaria

Bancroft e delle pueri per la filaria ricondita hanno indotto la convinzione anche in Grassi che le zanzare spengono una azione nella diffusione della malaria. Egli è d'avviso che l'uomo ma arico infetta le zanzare e che queste infettino di nuovo l'uomo. Egli crede perciò pure, come Rossi, che i malati di malaria possono racchiudere in sé un pericolo indiretto. Egli cita quattro obiezioni poste innanzi dagli avversari della teoria zanzare-malaria: 1° il rapido aumento dei casi dopo piogge, 2° la manifestazione della malaria in seguito a lavorazione del terreno, 3° la comparsa della malaria in luoghi in cui non si trovano zanzare, 4° la manifestazione di malattie in contrade rimaste per lungo tempo malsane. La rapida manifestazione della malaria dopo piogge è stata osservata da lui in molti casi, come reso quello del suo servo. Questo ebbe un accesso di febbre malarica 24 ore dopo che egli era stato bagnato da pioggia in contrada malarica. Ma noi sappiamo che il periodo d'incubazione è molto più lungo; il servo di Grassi era stato anche settimane prima in regione malarica ed era stato punto da zanzare. In quei casi, nei quali la malaria sarebbe sorta dopo la lavorazione del terreno, secondo le osservazioni del Grassi, l'infezione vi esisteva da prima. Spesso da medici gli è stato riferito che la malaria può svilupparsi in luoghi privi di zanzare. Ma in ogni caso in cui egli esaminò il fatto, trovò zanzare nei luoghi corrispondenti. La scoperta fatta da Dionisi che nei piastrelli trovansi ematozoi molto affini se non identici a quelli della malaria dell'uomo può forse spiegare come i parassiti malarici, senza necessità dell'uomo possano rimanere in certe regioni. Grassi è di opinione che un animale a sangue caldo possa servire per conservare i parassiti per le successive infezioni, in assenza dell'uomo.

Grassi annuncia che Colli, Bignami, Dionisi, e Bastianelli si occupano ora di quest'argomento.

Bastianelli, Bignami, e Grassi, in una nota del 23 novembre 1898, fecero sapere che a loro riuscì di seguire lo sviluppo dei parassiti malarici semulmari dell'uomo nella parete intestinale di *anopheles claviger*, dopo che l'insetto fu nutrito con sangue malarico. Per le ricerche furono posti 4 pazienti in febbre estivo-autunnale in un ambiente nel quale si trovavano 6 *ent. japon.*, 1 *anopheles annigripes* e 4 *ophites claviger*. Soltanto in due di questi ultimi la ricerca fu positiva, perciò nelle ulteriori osservazioni si poterono ve-

dere stadi di sviluppo simili a quelli osservati da Ross. E pure loro riuscirono di coltivare i parassiti della civetta e dei piccioni nell'*Anopheles claviger*.

Riferiscono inoltre che in quest'ottobre e novembre quando dominò la malaria in Lentini di Sicilia non vi si trovarono né il *Culex penicillaris* né il *Culex malariae* e neppure numerosissimi erano gli *Anopheles claviger*.

Fa piacere che le ricerche di Ross sieno state tosto confermate.

In un brevissimo lavoro pubblicato in Janus furono posti parecchi quesiti da Davidson (1898). Egli vorrebbe sapere come certe osservazioni epidemiologiche possano essere messe in armonia con la teoria zanzare-malaria. Per es., le malattie malariche in seguito alla lavorazione del terreno, la manifestazione della malaria in contrade che prima erano immuni da essa, lo scomparire e la malaria in contrade per l'immunità flagellate, la lenta diffusione di epidemie malariche mentre la malattia cessa nei luoghi già visitati, la manifestazione di epidemie locali in seguito alla formazione di paludi artificiali, la malaria sulle navi, la comparsa della malaria in contrade settentrionali nella stagione dell'aumento cui la temperatura sta sotto il grado di congelazione per cui cessa la vita attiva dell'insetto.

Il quesito sulla manifestazione della malaria in seguito a lavorazione del terreno è stato già risoluto. Alle altre domande si potrebbe rispondere in parte nel modo seguente: la comparsa della malaria in contrade, che prima ne erano immuni può essere cagionata da ciò che i parassiti può essere stato importato o dall'uomo o dalle zanzare. Nel primo caso dovrebbe trovarsi sul luogo una specie di zanzara, che può servire quale ospite. Le zanzare potrebbero giungere là con le navi o per mezzo delle stalle fectate o di altri mezzi di trasporto. Noi sappiamo inoltre che questi insetti talora emigrano. La cessazione della malaria in luoghi in cui prima aveva dominato dipende da parecchie condizioni, per es., mutate condizioni di umidità e conseguentemente di vegetazione in seguito a drenaggi, ma anche per altre malattie d'infezione non è sempre possibile dimostrare perché esse compaiano e scompaiano. Su ciò non occorrono altre considerazioni. Sulle navi la malaria può essere cagionata da zanzare a bordo. Roe, ad es., riferisce che in una nave in quarantena a New-York provengono da regioni in cui dominava la

febbre gialla, potette imprigionare una dozzina e più di diverse zanzare straniere. Il fatto che zanzare sviluppate svernano in case e cantine e che agli uomini possono riuscire moleste anche in inverno, spiegherà forse probabilmente perché i casi di malaria si possano talora manifestare nella fredda stagione dell'anno.

Grossi, Bignami e Bastanelli (22 dicembre 1898) riferiscono sul ciclo dei parassiti malarici nel corpo del zanzarone, *anopheles clariger* Fabr. Esaminarono:

a) *anopheles*, che erano stati catturati in camera e capanne infestate da malarici e per controllo altre provenienti da stalle e da pollai nei quali le zanzare si erano nutrite col sangue di uccelli e di mammiferi domestici. In una serie di ricerche fu seguito lo sviluppo dei parassiti in *anopheles* nei quali si facevano pungere in giorni ed ore determinate i malarici dell'ospedale. Venivano sezionati sistematicamente giorno per giorno e così si seguiva lo sviluppo regolare dei parassiti, mentre in altri zanzaroni, che non avevano punto uomini malarici ed erano tenuti nelle stesse condizioni, non si osservarono i parassiti in discorso. Gli *anopheles* sono stazionati circa dal principio di novembre nelle stalle e nei pollai, senza uscir fuori tranne in casi eccezionali. Ciò si verifica anche in Lombardia dove questa stazionatura dura dal principio di settembre.

Una serie di osservazioni datanti dai primi di novembre, fa sospettare che alla temperatura di 14-15° (temperatura ambiente) nelle prime ore dopo la puntura non si possa avere lo sviluppo dell'emosporidio. A 20-22° C. lo sviluppo dei parassiti è più lento che a 30°, alla qual temperatura furono istituite le seguenti ricerche:

Le semine mature del parassita estivo-autunnale, che furono succhiate dall'*anopheles* si sviluppano nel corpo dell'insetto in emosporidi. Dopo due giorni si vedono nell'intestino medio del corpo subrotondi od ovoidi, o più di rado rotondi, forniti di capsula (emosporidio in via di sviluppo). Il pigmento si riconosce identico a quello delle semilune, essa sta vicino alla periferia in ammassi piuttosto grossi, di frequente appare disposto in due file parallele e, a metà della lunghezza di ogni fila stanno le masse più grosse. A fresco il corpo dell'emosporidio è molto trasparente con accenno di vacuoli. Ecco come si esprimono gli autori:

« Dopo 4 giorni i parassiti sono aumentati di volume, lo aspetto vacuolare è più evidente, il pigmento sembra in mi-

nore quantità ed è qui e là disperso. Dopo sei giorni i parassiti sono enormemente cresciuti di volume: stanno nello spessore dell'intestino medio, facente ormai ciò che era già cominciato allo stadio precedente, nella cavità del celoma, dalla quale li separa la tunica esterna dell'intestino medio, apparentemente anasta. Si vedono bene anche coi piccoli ingrandimenti. Vi si distinguono moltissimi corpuscoli: il pigmento è diminuito: si notano molte dei corpuscoli silenzienti, d'aspetto adiposo, che in parte esistevano già in stadi precedenti. Dopo 7 giorni, il parassita contiene un enorme numero di filamenti disposti a raggi, attorno a parecchi centri: i filamenti sono lunghi circa $14\ \mu$, e sono estremamente sottili. In alcuni individui si distingue con nettezza una massa chiara omogenea; in altri se ne distinguono due-tre; in altri infine non si riesce a vederne. Esiste ancora il pigmento: esso sta nelle masse chiare ora ora indicate. Da questi parassiti schiacciati escono fuori i filamenti. Se lo si vuole farne fin qui descritte vengono studiate e i metodi e le logie, e facile persuadersi che siamo davanti ad uno sporozoo di cui seguiamo le varie fasi sino alla maturazione.

• Il processo trova riscontro in molte altre forme di sporozoi e consiste essenzialmente nell'aumento di volume accompagnato da incapsulamento e da moltiplicazione del nucleo, che finisce (6° giorno) a trovarsi diviso in numerosissimi nuclei piccolissimi, attorno ai quali si dispone un po' di citoplasma (sporoblasti senza capsula, lasciando dei residui di segmentazione (*anelens de reliquat*)). Gli sporoblasti si trasformano direttamente in altrettanti sporozoi, molto delicati, filiformi, ad estremità assottigliate, lunghi circa $14\ \mu$.

• Lo sporozoo maturo (settimo giorno) appare costituito da una capsula sottile, da un numero di sporozoi e dai residui di segmentazione. Nei giorni successivi si trovano aderenti ancora all'intestino le capsule rotte e all'osciale, e vicino ad esse gli sporozoi: essi si disperdono per tutto il celoma. Più tardi, si rinvenivano accumulati in enorme numero soltanto nei tuboli compenni e le glandole salivari: qui stanno, o dentro le cellule o nel lume di queste di limitate.

In questo stadio si possono trovare ancora nell'intestino le capsule, o i residui di queste, ma i corpuscoli ed i nuclei non si trova più nella. È lecito ammettere che in quest'ultimo caso le capsule sono state riassorbite. Gli sporozoi quando sono ancora nella capsula appaiono immoti, così pure ne le

glandole salivari in un caso però mentre erano dispersi in varie parti del corpo, li abbiamo veduti mobili.

Per le *terzane comuni (primaverili)* le nostre osservazioni sono meno avanzate: fino ad ora abbiamo seguito lo sviluppo dell'emosporidio soltanto fino al 5° giorno. Lo studio della *terzana* presenta maggiori difficoltà perchè le forme mature e non sporulanti, che sono quelle che si sviluppano nell'*Anopheles*, non si trovano nel sangue in così gran numero come le forme semilunari sicchè il referto nel *zanzarone* è senza confronto più scarso.

Gli emosporidii della *terzana* si distinguono nel corpo dell'*Anopheles* da quelli delle febbri estivo-autunnali, almeno per gli stadi che al ba ro finora osservato. Il corpo dell'emosporidio è più pallido, meno rifrangente ed un poco più grande all'uguale stadio di sviluppo, cioè vale tanto per la *terzana primaverile* quanto per le febbri estivo-autunnali.

« In vari casi (*zanzaroni* presi nelle abitazioni dei malarici e nelle stalle) abbiamo riscontrato dei corpi speciali, che meritano tutta la nostra attenzione. Questi corpi sono di forma e di lunghezza varie, alcuni a forma di saliccia, più lunghi di uno sporozote, ovalari, dritti o curvi. Essi hanno una membrana robusta di color giallo-bruno e contengono un corpo paragonabile ad uno sporozote, evidentemente soprattutto nelle forme corte. Si possono seguire i vari stadi di sviluppo della membrana. I corpi in discorso si trovano in mezzo a mosse granulose senza capsule o incapsulate. Evi lentamente si tratta di spore, quali si riscontrano in altri sporozoti. Come si sviluppano non abbiamo finora potuto precisarlo. Talvolta essi si presentano straordinariamente irregolarità loro, la quale può essere tanto da far pensare ai processi degenerativi.

« Rivolgiamo l'attenzione alle glandole salivari di molti *anopheles*, che hanno pinto malarici da parecchio tempo. Nelle glandole salivari si vede con molta frequenza che le cellule invece di presentarsi pale, hanno un contenuto che descriveremo con qualche particolare. Talvolta tutta la cellula è riempita da corpiccioli apparentemente rotondi, subrotondi o lievemente allungati, ammassati; di altre cellule essi occupano soltanto la parte centrale. Talvolta in un tubulo si trovano poche cellule contenenti questi corpiccioli, ma più spesso uno o più tuboli ne sono ripieni. Se si schiaccia la glandola, fuoriescono dalle cellule suddette corpiccioli fusiformi, molto più corti degli sporozoti più tozzi e forniti

di nucleo. In qualche caso abbiamo veduto nella stessa cellula in mezzo a questi coracelli corti, dei filamenti, che si riconoscevano facilmente essere gli sporozoit o i tiasi, provenienti dalle capsule aperte nel celoma. In un caso questi sporozoit furono veduti al microscopio accorciarsi e prendere la forma dei coracelli più corti ora descritti.

« Accanto alle cellule contenenti questi corpi, se ne trovavano altre contenenti una grossa massa, generalmente rotonda, talvolta curva, quasi a semiluna o a semianello, ovvero varie masse simili, più piccole, di aspetto liscio. Questo reperto è stato osservato: 1° negli *anopheles* provenienti dalle abitazioni e sezionati a periodi più o meno remoti dalla partenza, 2° negli *anopheles*, che avevano prodotto una febbre primaverile circa un mese prima.

« In complesso, da quanto finora abbiamo veduto, risulta che mentre il reperto dei coracelli tignuini e quelli edeei nei succhi intestinali è andato diminuendo man mano che ci allontanavamo dal periodo di cui la zanzara presentava i parassiti maturi nelle pareti intestinali, al contrario e avendo aumentando il reperto dei corpi jalmi descritti sopra.

Da ciò si deduce che le conclusioni di Ross sono state confermate in ogni loro parte per i casi di Grassi, Bignami e Bastianelli. Sebbene le conclusioni di Ross sieno state fatte principalmente negli *anopheles* con i parassiti maturi, si può dire che i risultati in ambedue i casi sieno stati identici. Abbiamo già veduto che Ross fu il primo che seguì lo sviluppo dei parassiti similissimi nelle zanzare, sebbene non così estesamente come Grassi, Bignami e Bastianelli, disgraziatamente le sue osservazioni positive non furono indagate esattamente.

In uno scritto antecedente Bastianelli, Bignami e Grassi si esprimono nel modo seguente: « I. Ross però, non avendo seguito lo sviluppo di questi corpi non poteva così, si sa, riferirli alle semilune, essendo ancora possibile che i suoi due *mosquitos* prima di pungere l'uomo avessero già punto altri animali. »

Ross però ha esattamente parlato del reperto negativo nelle sue zanzare di controllo (1).

(1) Grassi, Bignami e Bastianelli hanno fatto i risultati dei loro studi, tra l'ottobre 1898 al mezzo 1899 su *Culex* e *Anopheles* e sulle semilune *tanophlethi clariger* in una nota pubblicata negli *Annali Igiene sperimentale*, vol. IX, fase. III, 1899.

Dell'interessante lavoro riportiamo le conclusioni.

1° I parassiti delle febbri malariche dell'uomo compiono nelle pareti del-

Profilassi contro le zanzare. — Il prosciugamento del terreno è uno dei metodi più efficaci per diminuire il numero delle zanzare in una contrada, poichè con tal mezzo si eli-

l'infestano meno degli anofeli un ciclo di vita, durante il quale danno luogo alla formazione di sporozoi, che passano nelle ghiandole salivari, da queste possono arrivare all'uomo con la puntura.

2° È dimostrato che l'infezione malarica si trasmette da uomo ad uomo mediante gli anofeli.

3° Le così dette *Spore brune* di Ross sono alterazioni regressive dello sporozoi.

4° Tutte le specie del genere *Anopheles claviger*, *bifurcatus*, *variegatus*, *macripes*, *pseudopictus* (Grass), *superpictus* (Grass) la loro sperimentale trasmissione la malaria.

5° Fino ad ora non si è constatato che i *Culex* sieno capaci di trasmettere la malaria.

6° La condizione principale per lo sviluppo dei parassiti negli anofeli sta nella temperatura adatta. Al di sotto di una certa temperatura non si ha sviluppo.

7° Fino ad ora i nostri sperimentali non permettono d'accettare l'ipotesi dell'infezione ereditaria negli anofeli.

Bastanelli e Bignami riferiscono nello stesso fascicolo i risultati dei loro studi sullo sviluppo dei parassiti della terzana nell'*Anopheles claviger* e a gli altri riassumono nel modo seguente:

Le grosse forme pigmentate dei parassiti terzari, incapaci di moltiplicarsi nell'uomo, si possono distinguere morfolologicamente in due categorie: alcune con grosso nucleo vescicolare e poca cromatina rappresentano individui femmine (macrogamete), altre più ricche di cromatina gli individui maschili (microgamete) del zoologo. Nel nostro mezzo dell'*Anopheles claviger* dai i maschi e femmine fuoriescono generalmente sei microgameti (zigoti), uno dei quali fonde con un macrogamete, dopo che la cromatina di questo ha subito un processo di riduzione. Il macrogamete fecondato penetra nel intestino medio dell'*Anopheles*, dove si sviluppa percorrendo un ciclo di vita simile perfettamente a quello descritto da Ross per il protozoo degli uccelli nel *grey mosquito*, e da noi con Grass per le semivive nello stesso *Anopheles claviger*.

In questo ciclo di vita lo sporozoo terzario si mantiene distinguibile per quattro caratteri da quello di origine semilunare: 1° la forma globosa si distingue principalmente per la forma dello sporozoo e per i caratteri del pigmento; 2° la forma in via di sviluppo, per il volume dei corpiccioli arrotondati successivamente dalla divisione cellulare; 3° le forme mature con sporozoi si distinguono in generale per la grandezza e disposizione dei residui di segmentazione; 4° forse anche per la grossezza degli sporozoi. La distruzione dei parassiti malarici si mantiene dunque inalterata. Alla stessa conclusione porta anche l'esperimento terzo, il quale dimostra che le semivive passano attraverso *Anopheles claviger* che avevano dato prima soltanto terzana, mantengono intatti i loro caratteri specifici.

La storia di la vita di gli *Anopheles* nella campagna di Roma spiega in modo soddisfacente il comportamento della terzana nell'avvicinarsi dello stagioni.

È speriamo finalmente ha osati che l'istano pochissime punture, certo ancora non sola, di *Anopheles infelix*, per produrre nell'uomo l'infezione.

Roma 19 aprile 1899

rimano le raccolte di acqua necessarie pel loro sviluppo. Se ciò non è possibile, *si colmano con terra le fosse dei terreni*. Aaron (1890) consiglia di agitare e mettere in movimento anche le *artificiali raccolte di acqua* in cui si sviluppano le zanzare. Ciò può ottenersi in alcuni luoghi col battito a vento, i quali spingono l'acqua nelle canne e così si ottiene uno straripamento, oppure sollevando l'acqua con pompe e spregandola in un corso d'acqua vicino. Ma l'acqua può anche essere sollevata con pompe a scopo d'irrigazione e posta per conseguenza in movimento.

Il movimento artificiale dello specchio d'acqua di piccole raccolte e di stagni, in cui non possono vivere i pesci, secondo Howard (1890) è stato attuato in San Diego, Texas, contro lo sviluppo delle zanzare. Si usò la puleggia ruota e acqua, mosse in estate dal movimento a vento. In tal modo si ottiene un piccolo movimento dell'acqua che impedisce l'uscita e la deposizione delle uova delle zanzare, due momenti critici per quest'insetti, durante i quali essi abbisognano di uno specchio di acqua tranquilla e di calma.

Nemici naturali delle zanzare sono i pesci. — Un signore inglese, il quale dimorava sulla *Rivera*, non fu più molestato da zanzare, dopo che ebbe fatto porre in piccoli nelle raccolte di acqua la sua perennezza. Russell e Bridgeman Conn (1891), riferisce che di due stagni le zanzare si svilupparono in quello solamente, in cui non erano pesci. Howard (1890) ottenne gli stessi risultati. In più luogo è il piovuto, che ove sono i pesci le acque non si moltiplicano le zanzare. Zanzare alate possono uccidere piccoli, se ne fanno, e si posano sul loro corpo, nuotando e vi si nutrono (Murray, 1885). La stessa osservazione fu fatta Combes (1896) per l'isola Anticosti per altri piccoli pesci.

Alcuni credono che le lincemie potrebbero essere usate per distruggere le zanzare, altri però sono di contrario avviso.

Una grande quantità di zanzare sono distrutte da pipistrelli, ragni e da uccelli notturni.

Piantagioni di alloro. — Le piantagioni di alloro sono state usate a scopo di lincemia nelle regioni marittime. Essi agiscono prosciugando i terreni. Sembra però che la cultura di anche col loro odore tengano lontano le zanzare (Sandus, 1893, Eaton 1893, *Indian Medical Record*, 16 marzo 1898, *Janus*, 1898).

Petrolio. — È un rimedio dei più utili per combattere le zanzare. Secondo DeBoenf (1896) è usato da 50 anni a tale

scopo ed Howard (1893) da 20 anni ne ha udito parlare. Una goccia di petrolio mescolata all'acqua di una pozzanghera di 10 pollici quadrati di superficie uccide in 15 minuti tutte le larve e nase di zanzare, che vi si trovano (Aaron, 1890). Il petrolio, con le lamine sottili che forma alla superficie dell'acqua impedisce alle zanzare di respirare, mentre non nuoce in generale ai pesci. È quindi la sua efficacia indipendente dalla profondità dell'acqua. Il petrolio può bene essere adoperato, perché relativamente innocuo, molto attivo, facile ad usarsi ed economico (Aaron). Tutti gli insetti che si trovavano in una pozzanghera di 60 piedi quadrati di superficie furono uccisi da Howard (1893) col petrolio. Dopo 10 giorni nell'acqua non si trovavano più insetti. Le sottili lamine di petrolio non impediscono alle zanzare femmine di emettere le uova, ma queste cadono tosto al fondo. L'azione del petrolio è così grande che essa continua anche quando non si vede più in lamine sottili alla superficie e quando non se ne sente più l'odore. Col petrolio, specialmente se mescolato alle acque in principio di estate, riuscì Howard a liberare da zanzare paludi e stagni, grandi e piccoli. Altri esempi analoghi sono riferiti per l'America settentrionale da Weed (1895) e da Kellogg.

Mezzi chimici. — Secondo Whitfield in *Atlantic City*, N. J. si mescola all'acqua, a tale scopo, il solfato ferroso, secondo altri sarebbe utile il permanganato di potassio; nel Siam si fa uso di acqua arrugginita con chiodi (Howard). Di fronte al petrolio, che ha veramente azione sovrana contro le zanzare, i mezzi chimici hanno poco valore.

Usher (1890), in alcuni luoghi sulle coste del mare, consiglia di distruggere le zanzare femmine invernanti e le loro uova bruciando l'erba di terreni paludosi ai primi giorni freddi di autunno.

Intesa delle abitazioni in campagna. — Lampade adatte, poste sopra piatti, che contengono poco petrolio, sono collocate ad una certa distanza dalle case e all'aperto per attirarvi insetti, molti dei quali cadono sul piatto e sono uccisi dal petrolio (Aaron e Beutenmuller, 1890).

Utile pure per allontanare le zanzare è il fumo che si solleva dal fuoco, che in alcuni luoghi si accende a tale scopo all'intresso delle case e delle capanne. Nel sud degli Stati Uniti fuochi con denso fumo, si accendono innanzi le stalle di cavalli e di vacche per tener lunge il *simulium pecuarum*.

Nei luoghi di lavoro sono pure sospesi vasti contenenti fumo al collo di cavalli ed accesi fuochi nei campi.

Grassi (1898) dice che le zanzare cessano di pungerci quando funzionano ventilatori e osserva che tali attrezzi, mossi dall'elettricità, potrebbero talora riuscire utili in luoghi malarici. Per l'unto acuosissimo che le zanzare sono più esposti alle punture gli uomini che si muovono, anziché coloro che stanno fermi.

Zanzariere, reti, tende e ripari sono di uso comune nei luoghi malarici. L'oscurità delle stanze e un corrente che contro le zanzare, anche contro le mosche. Anche i vapori ammoniacali nelle stalle tenute all'oscuro servono in parte per tenere lontano il *simulium pecuarum* (Osborn).

In mancanza di zanzariere può bastare di qualche altra una lumina posata in una camera vicina a quella del letto. Per imprigionare e uccidere le zanzare entrato in un abitazione sovra un mezzo semidecussimo, piglio cioè di tecmare all'estremità di un bastone ad angolo retto un cuneo lino di setola di latta in cui si pone un poco di petrolio. Avvicinando il copetchio alle zanzare, queste calano nel cuneo e presto vi muoiono (Ruey e Howard).

Con vapori di *petrolio bruciato* Canthel si liberò per due anni dagli insetti in una enclava al Canada. Facendo con porre gocce di acqua, mescolate, di aceto, come facendo bruciare questi dopo averli essiccati, si fanno sapere le zanzare in modo che non sono più molestose (Howard). L'uso di *mentha pulegium* (in Europa od *Hedeoma pulegioides* in America), fatto evaporare nelle stanze, allontanò le zanzare (Weeder, 1889).

Veri testis, guariti spesso e talora impermanentemente, sono inoltre direttamente il corpo talora combure delle zanzare. Per questi mezzi non sono pratici e in esaltazione assai modesta. Meglio corrispondono talora, le stimolazioni delle parti esposte della cute con soluzioni, o saponi Granlamazoni e altre più o meno l'olio di *mentha pulegium*. Di gradevole utilità può un poco di petrolio spalmato sul viso e sulle mani come cura a sè, e rimediare a Weid (1865). Sono state per esempio usate in lungo tempo i derivati del catrame. Nè al nel 1886-1887 osservò durante una partita di caccia nel Canada che vi giungenti usavano con gratia un tal un mescolanza di catrame e xilolo. Senza questo rimedio non sarebbe stato possibile in alcuni luoghi di vivere e di attendere a propri affari. Il *simu-*

luna pacuarum di Riley è tenuto lontano con semplice sostanze grasse mescolate a catrame o petrolio (Osborn). Si versa in un vaso a collo largo catrame e l'olio di trementina e si fanno bollire; poi si riempie il vaso con acqua. Dopo alcuni giorni l'acqua è bastevolmente impregnata e con essa si bagna la cute dell'uomo o la pelle degli animali. Secondo Osborn (1896) questo mezzo profilattico è molto usato dalla compagnia Hudson Bay.

Queste mescolanze sono efficaci finché conservano il loro odore. L'uso prolungato però di sostanze oliose nuoce agli animali. Una mescolanza di petrolio e grasso di montone serve in California per tener lungi le zanzare dagli asini (Lemberli, 1894).

Una forte infusione di radici di *tritium repens* in Simborak è usato quale mezzo profilattico contro le zanzare (Heutenmauller). Alcuni lo hanno raccomandato l'infuso di quassia (fra i quali Ciappelli, 1889), altri ne restringono l'azione (fra cui Dancer, 1880). Poco o punto utili sono gli oli di anice e di resinairo, o la canfora mescolata a vaselina, mentre efficace è l'olio di eucalipto. In Francia e in Italia si ritiene volgarmente quale specifico contro la febbre malarica aglio. Ruscì a Pallas, nei suoi viaggi in Siberia, a tener lungi le zanzare portando sul dorso un recipiente da cui usciva fumo di agarico (Finsch, 1876) (1).

CLAUDIO SFORZA.

4) Celli e Casagrandi in un loro recente e particolareggiato contributo allo studio delle sostanze zanzicide per la distruzione delle zanzare, sono giunti alle conclusioni e alle corollari seguenti:

1° Di tutto il tempo che dura la vita delle zanzare, gli stadii nei quali è più facile distruggerle sono quelli di larve o di zanzare aeree; nel primo caso si possono uccidere tanto meglio per quanto sono più giovani.

2° Per uccidere le larve, fra tutte le moltissime sostanze sperimentate abbiamo in ordine decrescente di azione zanzicida:

a) Fra le sostanze minerali: anidride solforosa, permanganato potassico più acido cloroflorico, sal comune, potassa, ammoniaca, carburo di calce, sublimato corrosivo, cloruro di calce, e più tossici, solfato di ferro o di rame, calce, bicromio potassico, solfuro sodico.

b) Fra le sostanze organiche: polveri di fiori elusivi di crisantemi, tabacco, petroli e oli, fo malina, cenoli, alcuni coloranti di anilina (gialli), verde malachite, catrame.

Tenuto conto però della dose brevettata necessaria, della praticità e del prezzo, tutte le sostanze minerali e alcune di quelle organiche passano fuori di considerazione, e restano in campo le polveri vegetali, il petrolio ed i coloranti di anilina.

3° Per uccidere le zanzare aeree abbiamo odori, fumi o gas. Stanno in prima fila fra gli odori: olio essenziale di trementina (cedroliforme, mentolo), noce moscata, cipolla trita, fra i fumi: quello di tabacco, polveri di fiori di crisan-

Dott. OTTOLENGHI — Sulla disinfezione degli sputi. —
(*Rivista d'igiene e sanità pubblica*, n. 19, 1899).

Nella seduta antimeridiana del 2° settembre del 3° congresso nazionale d'igiene (Como 1898), il dott. Ottolenghi espone i mezzi migliori per rendere all'atto purgativi gli spati tubercolari. Egli ha proseguita e completata le ricerche che, su questo argomento, aveva già fatte l'anno scorso e di cui aveva dato relazione nel congresso d'igiene di Torino.

Le sue esperienze conducono alle seguenti conclusioni:

1° Il sublimato corrosivo al 5 o al 7,5 o all'8 p. 1000 sia semplice, sia adizionato di cloruro di sodio o di acido clo-

romi, foglie fresche d'eucalipto, legno quassia, polvere di petroli tra i 2 e 5 l'ambigilo solforosa. È però da notare che questi odori o fumori o gas per esercitare l'azione loro zanzaricida devono riempire o saturare tutto quanto l'ambiente, in caso diverso non fanno che nuocere al malato o al suo bisogno, e, tutt'al più, un azione zanzaricida che talora potrà, entro le limitazioni, essere utile a preservare il malato dalle future delle zanzare e all'impulso a queste d'infezzarsi, surchiando sangue malarico.

2° Il problema della distruzione delle zanzare è sperimentamente solubile, ma praticamente lo sarà quando l'antichesse economica lo vorrà. In quest'ultimo senso è notevole che l'antichissimo uso larvicida del petrolio non siasi diffuso abbastanza neanche dove è più a buon mercato; ed è probabile che forse verranno preferite quelle sostanze le quali distruggono altri animali acquatici, dannosi all'agricoltura e l'uso anche più che lo si potranno avere coltivandole sul posto. Per esempio, coltivando in grande le piante di crisantemi (*Chrysanthemum cinerifolium* etc.) dalle quali provengono le più veri zanzaricide, e molto più facile che si giunga a far sì che il luogo stesso malarico produca ciò che valga a risanarlo dalle zanzare che lo infestano.

3° L'epoca opportuna per distruggere le larve è l'inverno, quando esse dentro le acque sono nel maggior numero, e nuove generazioni non se ne fanno; e questo perché il momento non può essere più adatto all'azione. Distruggere le zanzare dentro le abitazioni è sempre possibile, ma per l'effetto di grande sarà anche più utile farlo in l'inverno, quando tutte sono rifugate nei luoghi abitati o comunque riparati. La conoscenza più perfetta dei loro costumi, cioè dei luoghi e del tempo quando vi si riuniscono, aiuterà molto la riuscita di questa distruzione, la quale, anche nei casi più favorevoli, cioè quando la tecnica idraulica abbia esaurito il suo compito, sarà in grado un'opera non tanto agevole come alcuni credono e vantano. Comunque dopo i tesori spesi dalle nazioni e dai privati per preservare la vite dall'osio, dalla peste, o sifone, e dalla dissenteria, e sperabile si faccia qualcosa anche per salvare dalle zanzare della malaria la vite dell'uomo.

Roma, 12 marzo 1899

In appendice hanno pure riferito gli autori sull'azione di un altro colore giallo di anilina, il *Largelyll III*, ed hanno dimostrato che è un potente veleno per le larve e bruciato uccide così prontamente le zanzare aeree da doversi collocare subito fra i mezzi più efficaci che si posseggono per questo scopo.

Roma, settembre 1899 (*Annali Sperimentali d'Igiene*, vol. IX, nuova serie, fascicolo III, 1899).

ridrico, in speciali proporzioni, ed il cloruro al 10 p. 100, spolverizzati sugli sputi tubercolari essiccati, riescono a disinfezzarli con sicurezza.

2° La formalina al 10 p. 100 e il cloruro di calce al 10 p. 100 filtrato, sono, quando vengono usati sotto forma di spolverizzazioni, inattivi di fronte agli sputi tubercolari essiccati. Solo il cloruro di calce pare attenuar alquanto la virulenza degli sputi.

A come ricerche intorno alla resistenza dello sputo tubercolare, al disseccamento al buio o alla luce diffusa molto moderata e alle insolazioni, hanno dimostrato che lo sputo essiccato al buio, era ancora virulento dopo 53 giorni, non più in capo a 150 giorni: che lo sputo, esposto al disseccamento a luce molto moderata, era ancora virulento dopo 56 e 120 giorni, non più dopo quest'epoca: che infine la luce solare diretta, già dopo ore 14¹/₄, aveva spento ogni virulenza nello sputo secco.

Un'altra serie di esperienze su quest'ultimo argomento è ancora in corso.

E. T.

ERRATA-CORRIGE

Nei articolo *La chirurgia operatoria negli stabilimenti sanitari militari italiani* inserito nel fascicolo del 30 settembre e precisamente a pag. 919 incorse un errore di stampa che ci prima il correttore affine a dare a ciascuno il merito che gli tocca. Quegli che eseguì 19 operazioni di ernia nello spedale di Messina fu il capitano medico CARINO, e non il capitano medico CINO, il quale del resto appartiene al 1° presidio. Contemporaneamente facciamo notare che le ernie e altri operati del prefato capitano medico CARINO sono 1 e non 6, come erroneamente fu stampato.

Il Direttore

Dott. F. LANDOLFI, colonnello medico ispettore.

Il Redattore

D.^r RIDOLFO LIVI, capitano medico.

GIOVANNI SCOLARI, Gerente.

Lehmann — La formalina nei tumori maligni inoperabili	Pag. 4481
Loy — Un caso di lesione traumatica dell'osso iliaco	4483
Lehmann — Sul problema della infezione del cancro	4483
Lehmann — Sul flemmone ligneo del collo	4484

RIVISTA DI OCULISTICA.

Landolt — Ottotipi per la determinazione dell'acutezza visiva	Pag. 4485
Valude — Azione battericida delle lagrime	4489

RIVISTA DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE.

Le — Le applicazioni locali di tubercolina contro il lupus	Pag. 4491
Brandt — Sulla cura dell'uretrite blenorragica col protargolo	4492
Kömmel — La cura del lupus coi raggi Röntgen e con la luce concentrata	4493

RIVISTA DI TERAPEUTICA.

Squire — La somministrazione di alte dosi di guaiacolo nella sifilide	Pag. 4493
Campbell White — L'aria liquida e il suo impiego in medicina e chirurgia	4494
L' — L'acetanilide come calmante nei disturbi digestivi	4499
Kremayer — L'iodoformogeno, preparato moderno di iodoformio	4499

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE.

Radestock — Criteri per la scelta e l'esame del materiale da medicatura	Pag. 4500
--	-----------

RIVISTA D'IGIENE.

Nuttall — La teoria zanzare-malaria	Pag. 4506
Ottolenghi — Sulla disinfezione degli sputi	4511

Errata-corrige	Pag. 4532
---------------------------------	-----------

GIORNALE MEDICO

DEL REGIO ESERCITO

Direzione e Amministrazione: presso l'Ispettorato di Sanità Militare
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra)

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO.

Il *Giornale Medico del R.° Esercito* si pubblica l'ultimo giorno di ciascun mese in fascicoli di 7 fogli di stampa.

L'abbonamento è sempre annuo e decorre dal 1° gennaio.

Il prezzo dell'abbonamento e dei fascicoli separati è il seguente.

	Abbonamento annuo	Un fascicolo separato
Regno d'Italia e Colonia Eritrea L.	42 —	1 40
Paesi dell'Unione postale (tariffa A)	45 —	1 30
Id. id. id. (id. B)	47 —	1 50
Altri paesi	50 —	1 70

L'abbonamento non disdetto prima del 1° dicembre s'intende rinnovato per l'anno successivo.

I signori abbonati militari in effettività di servizio possono pagare l'importo dell'abbonamento per mezzo dei rispettivi comandanti di corpo (anche a rate mensili).

Agli scrittori militari è dato in massima un compenso in danaro.

Le spese per gli estratti e quelle per le tavole litografiche, fotografiche, ecc., che accompagnassero le memorie, sono a carico degli autori.

Gli estratti costano L. 7 per ogni foglio di stampa (16 pagine), o frazione indivisibile di foglio, e per cento esemplari. Il prezzo è eguale sia che si tratti di 100 esemplari o di un numero minore.

I manoscritti non si restituiscono.

GIORNALE MEDICO

DEL

REGIO ESERCITO

Anno XLVII

N. 12. — 31 Dicembre 1899

ROMA

TIPOGRAFIA ENRICO VOGHERA

Gli abbonamenti si ricevono dall'Amministrazione del giornale
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra).

SOMMARIO

DELLE MATERIE CONTENUTE NEL PRESENTE FASCICOLO

Stefano Regis (neurologia) Pag. 1233

MEMORIE ORIGINALI.

Sforza — Per la teoria zanzare-malaria Pag. 1235
Rugan]. — Di un caso di aneurisma dell'innominata 1256

RIVISTA DI GIORNALI ITALIANI ED ESTERI.

RIVISTA MEDICA

Audet. — Sulla cura per mezzo della laparotomia delle perforazioni
intestinali d'origine tifoide Pag. 1268
Achard. — Le pleuriti nella tifoide » 1274
Marinesco. — Lesioni dei centri nervosi nella demenza pellagrosa . . » 1276
Kimo. — Espulsione rapida della tenia per mezzo della morfina
iniettata nel corpo del parassita » 1276
Malinowsky. — Cura della difterite scarlattinosa » 1277
Ducis. — Circa la neurastenia periodica circolare ed alternante . . » 1277
Weber. — Il clima ed i viaggi di mare nel trattamento della tuber-
colosi. » 1278
Pick. — Sull'insufficienza epatica » 1280
Newmann. — L'ematuria qual sintoma precoce della tubercolosi renale . » 1284
Nesti. — Le recidive della febbre tifoide. » 1284
Daghiotti. — Ascesso del mi lofo allungato da stafilococchi » 1285

RIVISTA CHIRURGICA.

Russei. — L'etiologia e la cura de l'ernia inguinale nei giovani . . Pag. 1285
Conitzer. — Sul trattamento delle fessure anali » 1289
Stjeda. — Apertura della cavit  addominale attraverso la piccola pelvi . » 1289
Wilson. — L'aria calda contro le affezioni articolari » 1290
L'escissione del simpatico » 1294
Dollinger. — Trattamento ambulante delle fratture delle estremit 
inferiori » 1295
Peterson. — Trapiantazione periferica di un nervo » 1296
Stich. — Aneurisma per colpo d'arma da fuoco, embolia cerebrale,
emorragia secondaria-guarigione » 1294
Kuenetzoff. — Suo flemonomi lignei del collo » 1295
Elchel. — Le ferite d'arma da fuoco del pericardio » 1296
Cohn. — L'ignori studi sulle escare dei caustici » 1297
Brant. — Il formolo nella cura delle sinusiti e dell'otorrea fetida . . » 1298
Karajan. — Un caso di poliposi intestinale con esito di guarigione. . » 1298
De Marsi. — Gastrotomia per divisione strumentale del cardias . . » 1299
Fornaca. — Sulla cura meccanica degli edem » 1300

(Per la continuazione dell'indice vedasi la pagina 3^a della copertina)

STEFANO REGIS.

Il giorno 26 dicembre 1899 fin l'ultimo di una vita tutta spesa nel ben fare, tutta e sempre ispirata al più puro disinteresse.

Il generale medico **Stefano Regis**, in seguito a un breve e repentino manifestarsi di una alterazione cardiaca già da lungo tempo subdolamente orlata, serenamente, qual visse, moriva.

Il Corpo sanitario piange in lui la perdita di un padre buono e affettuoso, di un luminoso esempio di virtù militari e umanitarie, di un uomo dotto e studioso, la cui competenza in ogni ramo delle specialità medicomilitari era da tutti riconosciuta, malgrado la sua innata e forse eccessiva modestia.

Anima candida e buona per natura e per la azione, **Stefano Regis**, si può ben dire, non ebbe altro scopo alla sua vita che quello di giovare agli altri, curando il meno possibile il bene proprio. E l'anche quando, pervenuto alla carica più eccelsa della nostra gerarchia, si dovette trovare nella necessità di negare un favore o di fare una disposizione che sapeva o temeva potesse a l'altri dispiacere, solo chi lo ha per lunghi anni intimamente assistito, può dire quanto per lui questa necessità era dura e quanto egli faceva e studiava per trovar modo di attenuare il dispiacere altrui.

Da questa rara delicatezza d'animo derivava anche quella modestia singolare che lo rendeva non soltanto alano dal ricercare onori, ma anche restio a mettere in evidenza il suo sapere e la sua vasta coltura.

Per questo motivo non ci resta di lui alcuno scritto a stampa, mentre il suo ingegno avrebbe promesso larghi trionfi anche nella letteratura scientifica.

Imperocchè non vi era alcuno dei rami della medicina, che sono necessari all'esercizio medico militare, che egli non avesse profondamente studiato in modo da acquistarvi di buon'ora una competenza incontrastata.

Una particolare predilezione egli ebbe per gli studi oculistici, e specialmente per la diottrica e la ottalmoscopia, discipline nelle quali, senza mai darsi l'apparenza di maestro, anzi assumendo sempre quella di amico e condiscipolo, indirizzò ed istruì parecchi medici militari.

Stefano Regis era nato a Torino il 14 febbraio 1836, da Giuseppe e da Concetta De Giovanni, di famiglia oriunda di Ceva, nel circondario di Mondovì. Dopo fatti i suoi primi studi alle scuole di S. Francesco da Paola in Torino, entrò per tempo all'università, sicchè a soli 22 anni, il 31 luglio 1858, otteneva la laurea in medicina e chirurgia con pieno plauso.

Già durante il corso universitario l'ingegno e lo zelo del giovane avevano fermata l'attenzione del professore Riberti, che come è noto, accumulava la carica di professore di chirurgia con quella di presidente del Consiglio superiore di sanità militare.

Egli era già vincolato al servizio militare dal novembre 1857. Quindi il suo ingresso nel corpo sanitario avvenne quasi immediatamente dopo la sua laurea, cioè addì 29 agosto 1858.

Prese parte alla campagna del 1859 seguendo il 2° reggimento granatieri. Al fatto d'armi della Madonna della Scoperta (24 giugno), il suo valoroso contegno gli valse la medaglia di bronzo al valor militare.

Il 25 agosto 1860, a s. di 24 anni, fu promosso a scelta medico di reggimento. E con questo grado fece pure la breve campagna del 1866.

Pervenuto ai gradi superiori, prestò successivamente l'opera sua negli ospedali di Mantova, Verona, Padova, Napoli e Roma, finché nel 1887, essendo già colonnello, fu nominato segretario dell'Ispettorato di sanità. Colonnello medico ispettore il 13 marzo 1892, successe circa un anno dopo al generale Berruto (soltanto allora alla carica di ispettore capo) nella direzione di questo giornale, al quale si interessava moltissimo sia col consiglio, sia colla scelta dei lavori, sia con persone di contribuzioni di recensioni scientifiche cui non volle per modestia mai apporre il proprio nome.

Promosso maggior generale il 3 marzo 1895, l'anno successivo (27 febbraio) era finalmente investito dell'alta carica di ispettore capo di sanità militare, nella quale il corpo sanitario, si lusingava di vederlo rimanere fino a tanto che, per l'inesorabilità della legge, sarebbe stato collocato in un onorevole e ben meritato riposo. La morte lo colse invece in pieno lavoro; lo colse mentre più gli amlevano le sante gioie della famiglia.

Alla vedova derelitta, ai fratelli e sorelle, ed ai nipoti cui fu padre amoroso sia conforto la certezza che il loro lutto è diviso da tutto il corpo sanitario militare.

PER LA TEORIA ZANZARE MALARIA

Nota del dottore **Claudio Sforza**, tenente colonnello medico
direttore dell'Ospedale militare principale di Bologna.

La teoria zanzare-malaria ha recentemente acquistato così alta importanza per una serie di osservazioni e di esperienze, che non è più lecito dubitare della sua esattezza. Le scoperte di Ross nell'India sulla malaria dell'uomo e più particolarmente su quella degli uccelli, gli studi e le conferme di Koch in Africa ed in Italia e le scoperte degli scienziati italiani, fra i quali prim'uggiano Grassi, Bignami e Bastianelli, hanno chiaramente dimostrato come speciali zanzare, succhiando il sangue di uomini malarici s'infettino e sieno capaci di trasmettere poi, dopo alcuni giorni, con successive punture, le infezioni ad individui sani. Ross è di avviso che tale compito, per la malaria dell'uomo, spetta a zanzare con ali macchiate (*doppel ringed*) (1); Grassi, Bignami e Bastianelli hanno dimostrato che tutte le specie di zanzare del genere *anopheles claviger*, *bifurcatus*, *pseudo pictus* (Grassi), *super pictus* (Grassi) possono trasmettere la malaria (2).

Koch poi, per le ricerche fatte in Grosseto, non si ascrive del tutto all'opinione di Ross e di Grassi che, cioè, l'infezione malarica sia dovuta esclusivamente agli

(1) NETTAL. — *Centralblatt für Bakteriologie*, XXV Band, 1899, pag. 256.

(2) *Annali d'igiene sperimentale*, vol. IX (Nuova serie), fasc. III, pag. 270.

anofeli, ma, per Grosseto, ritiene invece molto probabile che si debba assegnare almeno a due specie di zanzare, cioè: all'*anopheles maculipennis clariger* e l'anel e al *culex pipiens* (1).

Però il prof. Grassi in una sua risposta al rapporto del prof. Koch per quella parte che si riferisce al *culex pipiens* con una serie di ragioni e di fatti rilevati nella stessa Grosseto e nei luoghi circostanti, ha dimostrato che anche in quella regione sono gli *anopheles* e non i *culex pipiens*, che propagano la malaria (2).

Zanzare. In questo tempo in cui molti cessano di conoscere quali specie di zanzare esistono nei luoghi malarici, non sarà inutile li riferire quelli che io osservai in agosto del corrente se ne nella regione di Comacchio, le cui valli godono triste fama per malaria.

« Comacchio (3) con 1971 abitanti è una Venezia, ma in proporzioni ridotte. Ha figura allungata e sorge in mezzo alla laguna su 13 isole o banchi riuniti da 15 ponti, piuttosto alti, per il sottopassaggio delle barche, è collegata per mezzo del canale Marozzo al Volano ed a Ferrara, per mezzo del canale Palotta al mare. Su una palude interrata l'acqua è condotta in città dal bosco Eliseo, lontano 6 km.

« La principale risorsa del paese è la pesca, specialmente delle anguille. Le lagune di Comacchio sono il seguito di quelle di Murano, di Canale, di Venezia, di Chioggia, alternate da stagni, paludi, terreni vallivi, valli da canna e da pesca, dune e altri fenomeni consimili.

« L'area delle lagune o valli di Comacchio, avanzo della Padusa Flumina, è di 433 kmq. di superficie » (4).

(1) *Deutsche meteorische W. conschrift* t. IV, 15 settembre 1892 pag. 604.

(2) Nota 2ª al sunto della prima relazione sul lavoro per la spedizione della *Malaria* del dott. M. Luzzato. Supplemento al *Ped. It.* n. 54, 1892, pagine 4609-4610.

(3) MARINELLI. — *Geografia universale*, vol. IV, pag. 768.

(4) MARINELLI. — *Op. cit.* vol. I, pag. 460.

Nella città di Comacchio, secondo notizie avute dal dott. Travaglini, valente chirurgo romano, che esercita la sua professione in quella città da circa trent'anni, non dominano, regolarmente, febbri malariche gravi.

Questo fatto è in rapporto con l'assenza in Comacchio di vere zanzare. Esistono in quei luoghi d'estate numerosissimi insetti, che volano a sciami all'aperto e si addensano nelle case; essi hanno l'addome nero molto lungo e pungiglione rudimentario e perciò non appartengono alla famiglia dei veri culicidi.

Seppi però da quegli abitanti che ad estate inoltrata e verso i primi d'autunno non mancano ivi le vere zanzare trasportatevi dai luoghi vicini su carri di fieno.

Ebbi pure occasione in quella circostanza di visitare un ufficiale dei bersaglieri, colà distaccato la Bologna, infermo per febbri malariche, contratto non già a Comacchio, sibbene a Magnavacca, 4 km. circa lontano dalla città e sede di uno stabilimento balneario. Egli, recatosi spesso in quel luogo per fare bagni di mare, era stato punto da grosse zanzare, delle cui punture esistevano ancora segni manifesti sulla cute delle mani e del viso.

Anche al mio ritorno ebbi per compagna in carrozza da Comacchio a Portomaggiore una signorina che si era recata a Magnavacca per i bagni e vi aveva contratto febbri malariche. Questa signorina pure mi disse che a Magnavacca era stata ripetutamente punta da grosse zanzare.

Mi consta poi da informazioni assunte da guardie di finanza ricoverate per febbri malariche in quest'ospedale, che a Magnavacca dominano febbri malariche e l'abbondano grosse zanzare moleste per le acute e dolorose punture.

Averei già saputo per lettere, favoritemi dal signor comandante il Circolo della guardia di finanza di Co-

macchio e dal signor Velzi comandante la tenenza della guardia di finanza in Goro, che i luoghi più flagellati dalla malaria non erano né Comacchio e neppure, fino ad un certo grado, Magnavacca, sibbene quelli di Goro, Gorino, Pomero, Volano, Cuna bianco e Balotino, in ciascuno dei quali esiste una brigata di guardie di finanza. Pertanto, con barca a remi, otturtami gentilmente dalla società per la pesca delle anguille, mi recai per mare a Goro, ove giunsi dopo avere attraversato in circa cinque ore, quel tratto di mare divenuto celebre per l'ardito tentativo di Garibaldi, di raggiungere Venezia dopo la caduta di Roma.

Goro è un paesello di circa 800 abitanti, posto sulla destra del canale del Po, che porta il suo nome. È circondato dalle valli Pioppe, Bonello e Baccata, nelle quali abbondano paludi e stagni in ogni forma e dimensione.

Numerosi case sorgono ai lati della strada che dalle chiaviche di S. Avezza conduce al canale del Po di Goro; parecchie sono sparse per le valli e altre molte sorgono a poca distanza dal canale del Po.

Numerosissime pozzanghere e paludi trovansi presso le case, che giacciono ai lati della strada suddetta e di fronte alle valli. In vicinanza delle case porche della caserma delle guardie di finanza, oltre le dette pozzanghere, esistono numerose risaie, inondate artificialmente con le acque del canale del Po. Anche attorno alle case sparse per le valli veggonsi campi coltivati e perciò questi abitanti, a differenza di quelli di Comacchio, che vivono quasi esclusivamente con la pesca delle anguille, sono ad un tempo e pescatori ed agricoltori.

Il paese difetta assolutamente di buona acqua potabile, perchè non gli è riuscito di attingerla dal sottosuolo, nonostante i numerosi tentativi fatti con pozzi artesiani scavati a profondità grandissime in vicinanza del ca-

nale del Po. Gli abitanti sono perciò costretti a l'utilizzare per tutti gli usi domestici l'acqua del detto canale, la quale è sempre più o meno salmastra.

Essendo a dunque tutto il terreno all'intorno sparso di paludi, stagni e pozzanghere, le zanzare vi si sviluppano in quantità straordinariamente grande e si diffondono per ogni dove.

Nel giorno 5-7-8 agosto, catturati nella caserma delle guardie di finanza numerose zanzare e nelle pozzanghere viene pescate numerose larve di esse. Esaminate le une e le altre in quest'ospedale militare, riconoscibili che erano in gran parte *anopheles* ed appartenenti in massima alla specie *claripes* di Fabricius o *maculipennis* di Meigen.

Gorino. — Poche case situate ugualmente sulla sponda destra del canale del Po, a circa 4 km. da Goro sulla strada carrozzabile, che conduce al faro, costituiscono la frazione di Gorino, con circa 150 abitanti ed una brigata di guardie di finanza.

Dall'altro lato delle case trovasi la chiavica Busa dei Sassi, vasta estensione di terreno, piena di paludi e di pozzanghere da risorgliare ad un enorme pantano.

La strada poi che conduce al faro è fiancheggiata da canaletti e da fossi, ove l'acqua ristagna quasi tutto l'anno.

Nel dormitorio e nella cucina della brigata delle guardie catturati il giorno 7 agosto numerose zanzare, che riconoscibili quasi tutte per *anopheles claripes*.

In questa regione le zanzare dominano così potentemente in estate e l'autunno da costringere gli abitanti a difendersi in tutti i modi possibili da esse, facendo anche uso di zanzariere, che sono concesse pure alle guardie di finanza. Mi fu inoltre riferito che al faro di Goro posto a circa 3 km. e mezzo da Gorino, le zanzare alla sera sono così numerose da mettere a dura

prova coloro che devono recarsi là per accendere il faro (1).

Da informazioni assunte mi consta che numerosissime sono le zanzare, le quali tormentano le guardie di finanza nelle brigate di Pomortò, Volano, Canabianco e Beloschio. Anche al gran Bosco della Mesora dominano in modo straordinario le zanzare.

Malaria. — Le brigate delle guardie di finanza di Goro, Gornio, Pomortò, Volano, Canabianco e Beloschio sono addirittura flagellate dalla malaria. Anche gli abitanti di Goro e Gornio per notizie avute dal distinto sanitario sig. dott. Ercole Reggio, il quale esercita la sua professione in quella regione da circa dieci anni, sono assai tormentati dalla malaria e spesso da malaria grave con manifestazioni di perniciosa.

In quegli abitanti è comune l'opinione che le febbri sieno propagate dalle zanzare e che questi molesti insetti si difendono chiudendo per tempo alla sera le finestre delle case, spegnendo presto i lumi e facendo uso di zanzariere.

Però è da notare che le guardie di finanza e gli abitanti non solo contraggono in quei luoghi le febbri nelle proprie abitazioni, ma anche all'aperto ed quando, per le loro speciali occupazioni, si espongono alle punture delle zanzare durante la notte e nelle prime ore della sera e del mattino.

Numerosi sono gli esempi che potrebbero addursi per dimostrare come individui, che non avevano mai sofferto malaria, recatisi in quella regione durante la

(1) Oltre la raccolta diretta di zanzare e di larve fatta da me in Goro e Gornio, per gentilezza del signor dott. Rossi del sig. tenente Velti, comandante la tenenza della guardia di finanza in Goro, ne ricevetti altre tre collezioni fatte rispettivamente nei giorni 5-13 settembre e 25 ottobre.

Anche queste zanzare appartenevano al genere *anopheles* e quasi tutte alla specie *claviger*, ma in mezzo a esse trovai pure numerose esec. della specie *spathipalpis*.

stagione estiva contrassero le febbri. Fra questi citerò il caso dello stesso sig. dott. Ercole Reggio. Egli, terminati gli studi in Bologna, recossi in agosto a Goro quale medico condotto ed, essendo nuovo del luogo, non usò alcuna precauzione per difendersi dalle punture delle zanzare, che lo tormentarono ben bene. Dopo 8-10 giorni dalle punture si manifestarono in lui febbri così violente, a vincere le quali non valsero le replicate dosi di chinino e il dottore fu costretto a ritornare a Bologna.

Ma gli esempi più numerosi sono quelli che si osservano nelle guardie di finanza, le quali giungendo di estate in quelle brigate da luoghi immuni e non avendo mai sofferto malaria, contraggono le febbri poco dopo il loro arrivo.

Da un'inchiesta fatta sui malarici recidivi, che ricoverarono negli anni 1897-98 nell'ospedale militare di Padova e nel 1899 in questo di Bologna e più specialmente sulle guardie di finanza provenienti dalle provincie di Rovigo e Ferrara, è risultato in modo evidente e concordante, che tutti i malarici, alcuni giorni avanti che si manifestasse in loro la prima febbre, erano stati punti ripetutamente da grosso zanzare.

Le febbri dominanti in estate ed autunno a Goro, Gornio, Volano, Pomonte, Canalbianco e Belocchio, come ho potuto assicurarmi con esami microscopici del sangue fatti su parecchie guardie di finanza ricoverate per malaria recidiva in quest'ospedale, appartenevano alle forme gravi estivo-autunnali o tropicali. I parassiti più frequenti erano quelli ad anello o le forme semilunari.

Malarici nell'ospedale militare di Padova. — Durante la mia permanenza all'ospedale militare di Padova ebbi occasione di osservare, come sopra ho detto, parecchi malati di febbri malariche recidive, special-

mente in guardie di finanza provenienti dalle provincie di Ferrara e di Rovigo. Con ripetuti esami microscopici del sangue fu confermata la diagnosi per la presenza di parassiti malarici appartenenti, quasi sempre, alla varietà delle febbri estivo-autunnali.

Come si avvera nei recidivi i parassiti nel sangue circolante erano scarsi, ma le continue indagini che facevo giornalmente sugli stessi malati, con l'aiuto dei colleghi maggiore medico Caratti e tenente medico Grivoni, mi posero sempre in grado di poter confermare, anche con l'esame microscopico del sangue, la diagnosi. Anzi, in quella serie di osservazioni ebbe occasione di vedere fra altro nel sangue di un malato delle guardie di finanza, numerosissimi parassiti similari, i quali diminuivano gradualmente in numero ed erano sostituiti dalle forme giovani dei parassiti delle febbri estivo-autunnali, quando si rinnovava in essa, dopo lunghi intervalli, qualche altro accesso febbrile.

L'ospedale militare di Padova è situato a nord-ovest della città, vicino alla stazione ferroviaria, lontano dal centro, isolato, circondato da vasti terreni coltivati a ortaglie. In questo e nei fossati vicini ristagnano, specialmente in estate, quasi sempre le acque, nelle quali si sviluppano numerosissime zanzare, che si diffondono a sciami nelle sale degli ammalati e nelle latrine, tormentando, in ispezie di notte, tanto gl' infermi quanto il personale di assistenza.

Inoltre è da osservare che i malati in quell'ospedale sono curati, insieme a' altri militari affetti da diverse malattie, in sei grandi sale capaci rispettivamente ciascuna di 17 letti, non essendo ivi possibile una razionale separazione delle varie specie di malattie per la vetustà e la forma dello stabilimento.

Trattasi, infatti, di antico convento costruito nel 1221 per cura dei monaci Albi e poi restaurato e tra-

stormato completamente, come dimostrano gli stupendi chiostri e la chiesa, nel periodo aureo del rinascimento italiano, cioè dal 1450 al 1492.

In quell'ospedale adunque le condizioni sarebbero favorevolissime per la diffusione della malaria per mezzo delle zanzare, eppure io non osservai mai nelle stagioni calde degli anni 1897-98, entro quell'ospedale alcun caso di infezione malarica recente sia nei malati, sia nel personale di assistenza.

Secondo le moderne scoperte, ciò non potrebbe dipendere che dalla specie delle zanzare ivi dominanti. Pregai pertanto il collega tenente colonnello medico cav. Caraloumi, affinché mi mandasse alcuni esemplari di zanzare, ed egli, gentilmente, il giorno 16 settembre me ne spedì una collezione raccolta nelle sode degli ammalati e nella latrina. Esaminata tali zanzare, le riconoscai tutte quali caliche con prevalenza della specie *Culex pipiens* e con assenza completa di anofeli (1.).

Tali osservazioni confermano adunque l'opinione sostenuta dagli scienziati moderni che agli anofeli spetta il posto principale, se non l'unico, nella diffusione dei parassiti malarici.

Questa teoria è in particolar modo sviluppata da Grassi e da Koch, il quale ultimo però, non si mostra, come ho detto, del tutto esclusivista per gli anofeli.

Sulla diffusione della malaria per mezzo delle zan-

(1) Anche l'egregio collega colonnello medico cav. Pinara mi scrive in proposito:

« Ho fatto servizio per quattro anni nell'ospedale militare di Livorno, dove c'era un battaglione di un grosso battaglione di bersaglieri distaccato a Livorno e tutti i malati delle guardie di finanza della maremma, Livorno e infestata di zanzare, ma io non ho mai visto un malato di una malattia qualunque prender la malaria perchè c'era un ad un malarico, e ciò, secondo le teorie moderne, non può darsi che dalla specie delle zanzare dominanti a Livorno.

zare, Grassi (1) insieme a Bignami e Bastianelli si esprimono nel modo seguente:

« L'uomo malarico infetta l'anotele, l'anotele alla sua volta infetta l'uomo. I parassiti malarici hanno dunque due residenze, una a temperatura costante ed elevata, data dal corpo dell'uomo; l'altra a temperatura incostante e meno elevata, offerta dal corpo dell'anotele. Si tratta adunque di un parassita a due osti alternanti; l'uomo e l'anotele.

« Nel corpo dell'anotele il parassita non raggiunge una fase superiore a quella che si verifica nell'uomo; in certo senso si può dire che l'uomo è oste intermedio e la zanzara oste definitivo del parassita malarico. »

Lo stesso Grassi ha dimostrato che gli anoteli nei mesi precedenti la nuova stagione malarica ossia, in complesso, di primavera, quasi non sono infetti, mentre invece vi sono sempre uomini infetti di malaria, ossia recidivanti, come ha dimostrato il Dionisi.

Secondo il Grassi « l'uomo può dettersi depositario dei germi dell'infezione per la nuova stagione. Occorrerà quindi soprattutto nell'epoca ora detta, curare con grandissimo scrupolo gli uomini malarici. Questa cura riuscirà però un ottimo mezzo preventivo di nuove infezioni anche in qualunque altra epoca dell'anno. In molti luoghi occorrerà isolare gli ammalati o anche, se si può, trasportarli in paese non malarico. In ogni modo, poichè contro la malaria posseiamo dei rimedi sicuri e mezzi diagnostici infallibili e d'altra parte la malaria non è malattia segreta, è sua ferma convinzione che per sradicare la malaria dal nostro bel paese sia rimedio eroico la cura fatta rigorosamente di tutti

(1) *Le recenti acquisizioni sulla malaria esposte in forma popolare.* Milano, 1899, pag. 30

gli uomini malarici. Essi finché restano nei luoghi malarici sono pericolosi per sé (reintezione) e per gli altri. Un malarico pinto fa venti anofeli al giorno, in poco tempo l'estate può propagare la malaria a centinaia di individui sani. Questa propagazione si può impedire curandolo opportunamente.

« L'igiene che spesso deve mostrarsi spietata verso i coperti da malattie infettive, fortunatamente questa volta si unisce alla voce dell'umanità e grida: **Guariamo i poveri malarici** ».

« Le pubbliche istituzioni, la carità privata non sono sufficienti nei quartieri poveri, nella campagna, dove pullulano a migliaia gli ammalati di malaria i cui lamenti non giungono fino a noi, le cui sofferenze non possiamo lenire.

« Questi miseri, deboli, mal nutriti, serbano nel loro sangue per molti mesi il germe fatale, che poi, favorito dal calore estivo, si svilupperà, sarà diffuso dagli anofeli, propagherà la febbre e la morte. Curando i malarici, distruggiamo la malaria » (1).

Anche Koch 2, afferma che « i parassiti malarici, all'interno del uomo, possono vivere solamente in certe specie di zanzare, nelle quali non si sviluppano che durante la calda stagione estiva e per 8-9 mesi rimangono soltanto nel corpo dell'uomo. Questo è dunque il solo ospite dei parassiti malarici specifici, la cui diffusione ha luogo solamente durante la breve stagione estiva per mezzo delle zanzare. Al sopravvenire della nuova stagione estiva esistono ancora malarici recidivi, che possono servire per le nuove infezioni. Le recidive malariche formano dunque il legame di unione, il ponte di passaggio fra la stagione febbrile di un anno e quella dell'anno successivo. Se fosse possibile di spez-

1) *Le recenti scoperte sulla malaria espone in forma popolare*, pag. 50-51.

2) Koch - *Erster Bericht über die Thätigkeit der Malariaexpedition* - *Deutsche medizinische Wochenschrift*, 14 settembre 1899.

zare questo mezzo d'unione, allora sarebbe con ciò impedito anche il rinnovarsi dell'infezione, il numero dei casi recenti diverrebbe sempre minore e la malaria potrebbe scomparire di mano in mano nella rispettiva regione. Per la malaria è possibile ottenere un tale intento. Noi possediamo nella chinina un rimedio preziosissimo per distruggere definitivamente i parassiti nel corpo dell'uomo, ma questo rimedio non deve essere usato come si è fatto finora quasi dappertutto soltanto per combattere gli accessi recenti di malaria, ma deve essere usato in modo da evitare, per quanto è possibile, le recidive. In un lasso di tempo di 8-9 mesi, si deve giungere a ottenere non solo una guarigione temporanea della malaria, ma anche definitiva.

« Lo stesso interesse dei singoli ammalati dovrebbe spronarci a preservare la ulteriori recidive della loro malattia, ma un interesse più generale dovrà indurci ad evitare le recidive, con maggiore zelo ammettendo ad esse un'importanza molto più grande di quella che non si sia fatto finora.

« Questo scopo si raggiungerà tanto meglio se si considereranno i singoli malarici come un pericolo per i circostanti e si cureranno secondo gli stessi principi, che si pongono in pratica pel colera, la peste e la lepra, con la differenza che nella malaria in luogo dell'isolamento e delle disinfezioni, l'uso della chinina basta per distruggere il materiale infettivo. »

A tal uopo egli consiglia di fare largo uso della chinina per vincere gli accessi febbrili recenti e poi di continuare a somministrare il rimedio alla dose di un grammo ogni dieci giorni fino ad ottenere una guarigione definitiva (1).

(1) Alcuni sono di avviso che migliore dovrebbe essere il numero delle zanzare infette, che si coltivano nelle camere da letto dei malati e citano, fra altro, che Koch su 508 malarici studiati a Grosseto non trovò i parassiti

Dalle conclusioni unanimi di così illustri scienziati scaturiscono le regole profilattiche per la cura dei malarici del R. esercito e dei corpi militarizzati, i quali pagano un largo tributo all'infezione malarica come è dimostrato pel R. esercito dalle note statistiche seguenti:

Dati statistici. Io e Gigliarelli (1) in uno studio sulla malaria pel triennio 1877-79 dimostrammo che su 124 guarnigioni

11 (Cosenza, Chioggia, Cagliari, Sassari, Catanzaro, Garguati, Roma, Bari, Venezia, Isernia, Reggio-Calabria) ebbero una media di morbosità per febbri malariche oscillante fra 1504,56 e 341,23 su mille della forza media;

27 (Salerno, Maddaloni, Caserta, Monteleone, Casale, Barletta, Udine, Siracusa, Mantova, Potenza, Savignano, Treviso, Osoppo, Peschiera, Velletri, Folligno, Padova, Palermo, Pavia, Civitavecchia, Foggia, Perugia, Nocera de' Pagani, Cuneo, Caltanissetta, Cremona, Vigevano, ebbero una media di morbosità da 318,44 a 168,22 p. 1000;

che in tutte *anopheles* ed in una *culex pipiens* anzi per quest'ultima il Grassi fa le sue riserve ritenendo che si le stesse mosche le più comuni.

Dai 408 malarici però, bisogna prima dedurre i recidivi (493), per quali non occorre la puntura di zanzare, e poi, come fa notare il Grassi, i Grossi non contengono più facilmente nell'aria l'infezione malarica che nelle loro case. In che cosa da osservare che non tutte le zanzare, anche del genere *anopheles* moltiplicano la molla e che è sempre difficilissimo di catturare, sia all'aperto sia nella camera da letto le zanzare che con le loro punture hanno cagionato la molla. Io, ad esempio, sto sezionando pazientemente col microscopio le zanzare che si sono catturate in camera, finora, non ho trovato che eccezionalmente in esse qualche cosa di malarico.

Ma tutte le obiezioni cessano se si ripassa che la scuola romana è riuscita ad infettare le zanzare facendo loro pungere socrate e camote in veleni malarici e che una zanzara infetta ha potuto riprodurre le febbri malariche in uomini da malarici, ottenendo lo stesso tipo febbrile e la stessa specie di accessi come se avesse inoculato artificialmente il sangue d'individui malarici ad altri.

1. *La malarica a Roma con speciali considerazioni sulla distribuzione di essa nelle principali guarnigioni dell'esercito.* Roma, 1880.

19 (Rossano, Ascoli Piceno, Capri, Ravenna, Legnago, Napoli, Lecce, Livorno, Saluzzo, Messina, Milano, Viterbo, Trapani, Gaeta, Verona, Aquila, Vercelli, Parma, Catania) ebbero una media oscillante fra 162,35 e 129,51 e per conseguenza superiore alla media generale degli infermi per malaria, che fu di 127,14 p. 1000;

9 Piacenza, Chieti, Ancona, Alessandria, Torino, Brescia, Bari, Bologna, Voghera) ebbero una media di morbosità superiore a 100 e che oscillò fra 124,17 e 100,75 p. 1000;

21 (Capua, Rimini, Reggio Emilia, Fano, Modena, Firenze, Forlì, Taranto, Gallarate, Ferrara, S. Maria di Capua, Genova, Lucca, Pesaro, Lonato, Teramo, Fenestrelle, Pistoia, Rovigo, Orvieto, Pescara) ebbero una media superiore a 50 con un'oscillazione da 95,38 a 50,82 p. 1000;

le altre (Siena, Spoleto, Vicenza, Savona, Lodi, Pinerolo, Desenzano, Venaria Reale, Novara, Ivrea, Alba, Rocca d'Anto, Rieti, Arezzo, Conegliano, Jesi, Bergamo, Susa, Pisa, Belluno, Fossano, Lecco, Terni, Monza, Asti, Chivasso, Exilles, Avellino, Sengalha, Como, Macerata, Mondovì, Brà, Campobasso, Varese, Massa Lubrense, Chiari) dettero una media inferiore a 50 e che oscillò fra 48,47 e 2,02 p. 1000.

Inoltre è da notare che dal 1876 al 1897, cioè in un periodo di 22 anni entrarono, negli ospedali militari, nelle infermerie di presidio e speciali, per febbri malariche 141.888 militari di truppa e ne morirono 387; per cachessia palustre ne entrarono 9.978 e ne morirono 121.

Queste cifre aumenterebbero di molto se potessero aggiungersi ad esse quelle dei militari malarici, che sono annualmente curati negli ospedali civili e specialmente quelli dei reali carabinieri le cui 3289 sta-

zioni sono sparse per ogni parte d'Italia e moltissime in luoghi assai malarici come lo dimostra il riparto seguente per le varie legioni:

Legioni	N. delle stazioni
Ancona	291
Bari.	355
Bologna	292
Cagliari	176
Firenze	277
Milano	349
Napoli	303
Palermo	339
Roma	319
Torino	325
Verona.	263
(1)	
Totale	3280

Relativamente ai malarici entrati durante il detto periodo di tempo in tutti gli stabilimenti sanitari militari per mesi, si ottennero i risultati seguenti.

Gennaio . . .	5, 07	p. 1000	f. m.
Febbraio . . .	6, 06	»	» »
Marzo . . .	7, 19	»	» »
Aprile . . .	7, 01	»	» »
Maggio . . .	8, 40	»	» »
Giugno . . .	10, 37	»	» »
Luglio . . .	14, 23	»	» »
Agosto . . .	13, 78	»	» »
Settembre . .	12, 42	»	» »
Ottobre . . .	15, 46	»	» »
Novembre . .	10, 68	»	» »
Dicembre. . .	7, 84	»	» »

(1) Le malattie delle guanche di finanza sono pure numerosissime e gran parte di esse si verificano in luoghi malarici.

Ed in cifre effettive dal 1876 al 1897 entrarono per febbri malariche e cachessia palustre negli stabilimenti sanitari militari in:

Gennaio	8.288
Febbraio	7.836
Marzo	9.550
Aprile	10.039
Maggio	10.844
Giugno	11.188
Luglio	16.931
Agosto	21.116
Settembre	20.259
Ottobre	10.373
Novembre	10.825
Dicembre	8.617

Totale . . . 151.866

Tanto adunque dalle medie quanto dalle cifre effettive, risulta come il maggior numero di malati si sia manifestato nei mesi di luglio, agosto e settembre (58.306) col massimo in agosto e come pure grandissimo sia stato il numero delle recidive (93.569). Ma per le condizioni climatiche d'Italia un certo numero di casi recenti si potranno avere, in alcune regioni, pure in giugno (2^a-3^a decade) e in ottobre (1^a-2^a decade). Però anche sottraendo tali casi dalle recidive, rimarrà sempre un gran numero di queste manifestantisi negli altri mesi dell'anno (1).

(1) A divino poeta non sfugge come in estate, anche ai suoi tempi, predominasse le febbri malariche.

Qual dolor fora se dagli spechi
Di Valchenna tra il luglio e il settembre
E di Madonna e di Sarchena i moli
Fossero in una fossa tutti insieme;
Tal era l'ovra e tal puzza n'usciva
Qual suole a noi dalle marcie membra

Inf. XXV.

Delle tre regioni citate dal Poeta solamente la Valchenna è stata razionalmente e completamente bonificata per opera degli ingegneri Fossombroni e Manetti, auspicî il granduca di Toscana Leopoldo I e Leopoldo II.

Si può dunque ritenere che ogni anno entrino negli stabilimenti sanitari militari circa 6.903 malarici suddivisi approssimativamente in casi recenti 2.650 e re-
cidivi 4.253.

Profilassi. — Allo stato attuale della scienza le regole per la profilassi militare della malaria sono chiaramente indicate e riposano sui due principi fondamentali seguenti:

1° Evitare per quanto è possibile che i militari contraggono infezioni malariche;

2° Eliminare o, almeno ridurre al minimo, le sorgenti d'infezione.

Per soddisfare al primo quesito, che si riduce poi a non far pungere i militari dalle zanzare infette, il compito non è ne semplice né facile e in molti casi è addirittura impossibile. Poiché è da riflettere, che 435 sono i presidi annuali permanenti e temporanei nei quali trovasi sparso l'esercito italiano nelle varie regioni d'Italia e che ben 3289 sono le stazioni dei reali carabinieri sparse dappertutto e moltissime situate in luoghi di malaria grave, come ad esempio in alcune parti della Sardegna, della Sicilia, della Calabria, delle Maremme e del Lazio.

Inoltre è da considerare, che i militari per speciali esigenze di servizio, nelle guarnigioni, nei campi nelle fortezze, e nei servizi di pubblica sicurezza si espongono a tutte le ore, non solo diurne ma anche crepuscolari e notturne ad ogni sorta di vicissitudini atmosferiche. Perciò si comprende facilmente come sia spesso impossibile preservare questi individui dalle punture di zanzare.

In talune particolari circostanze potrebbero trovare utili applicazioni, specialmente nei servizi di sentinella nei forti e nei vari presidi in località malariche, cappucci e guanti analoghi a quelli che il prof. Celli ha

proposto pei ferrovieri (1). In altre circostanze potranno riascire pure utili le zanzariere attorno ai letti negli ospedali, nelle stazioni dei R.R. Carabinieri e nelle brigate delle guardie di finanza in località malariche, e se sarà possibile trovare sostanze zanzaricide veramente efficaci per proteggere dalle punture la cute del viso e delle mani, come ce ne danno affidamento numerosi lavori, fra i quali primeggiano quelli del prof. Celli e dei suoi collaboratori; anche questi preservativi sotto forma di fumo, di unguenti o di liquidi, potranno riuscire utili (2). Però, lo ripeto, il proteggere in modo generale ed assoluto ed in ogni circostanza, i militari del R. esercito dalle punture delle zanzare sembra compito irto di così gravi difficoltà per le speciali condizioni della vita militare, da doverlo ritenere come assolutamente inattuabile.

E quello che dico dell'esercito, vale pure per le guardie di finanza e di città, esposte anch'esse in luoghi malarici, pel loro speciale servizio, particolarmente notturno, a contrarre le febbri.

Meno arduo, sebbene non scevro di difficoltà, sembra il secondo compito, quello cioè di eliminare per quanto è possibile e di ridurre al minimo le sorgenti d'infezione. Lo scopo completo non si potrà ottenere se non

(1) CELLI — *La malaria secondo le nuove ricerche* Roma, 1899, pag. 140.

(2) Se le esperienze future confermeranno in modo unanime che le zanzare esclusivamente d'infezione la malaria non hanno completa distruzione di esse rappresenterebbe la vera profilassi radicale.

Su questo proposito A. CELLI e O. CASATI non si esprimono letteralmente (nel N. 4 delle loro conclusioni e dei loro corollari pratici al lavoro per la distruzione delle zanzare, pubblicato negli *Annali d'igiene sperimentale*, volume IX (nuova serie), fasc. II, 1899, pag. 342) con le seguenti parole:

Il problema della distruzione delle zanzare è sperimenalmente solubile, ma praticamente lo sarà quando l'interesse economico lo vorrà.

quando, parallelamente alla profilassi militare, andrà congiunta in luoghi malarici, quella dei borghesi, poichè, anche fra questi esistono numerose sorgenti d'infezione.

In ogni modo dovremo, d'ora innanzi, curare e per lungo tempo, maggiore di quello che non siasi fatto finora, i militari del regio esercito e dei corpi militarizzati, coi preparati di chinina, anche dopo cessati gli accessi febbrili, e non dimetterli dai nostri ospedali se non quando siano scomparse o ridotte al minimo le alterazioni anatomo-patologiche determinabili. Ma sarà prudente anche in queste condizioni di non rimandare questi militari alle loro sedi, sibbene di farli ricoverare nei nostri depositi, o più esattamente ricoveri di convalescenza, ove con la migliorata alimentazione e la salubrità dei luoghi l'organismo rinvigorito potrà riuscire a distruggere i parassiti malarici accumulati e nascosti nella milza e nel midollo delle ossa. Utilissima riuscirà pure per molti di essi fra le altre la cura di Recoaro, celebre per salubrità dei luoghi e per la efficacia delle acque ferruginose.

In tali ricoveri e nella stessa Recoaro sarà pure utilissimo, come ha consigliato recentemente anche il Koch (1) di somministrare a siffatti convalescenti un grammo di chinina ogni dieci giorni per distruggere più facilmente le nuove generazioni di parassiti.

Quando l'aspetto florido, la scomparsa delle alterazioni anatomo-patologiche e gli esami microscopici del sangue faranno presumibilmente ritenere che il materiale infettivo sia del tutto distrutto, allora si potranno inviare questi militari alle loro sedi ove potranno all'occorrenza, essere continuate le somministrazioni dei sali di chinina.

(1) KOCH - *Der Bericht über die Thätigkeit der malarial expedition* (*Deutsche medic. wöchentliche*, N. 37, 14 settembre 1899).

Sarà in ogni modo sempre prudente, di proporre quelli che non risentissero del tutto i benefici effetti della cura, per un cambiamento di sede in regioni salubri ed immuni, tenendo sempre presente la nobile meta, di non lasciare cioè, per la nuova stagione estiva, in luoghi malarici, alcun militare del regio esercito e dei corpi militarizzati, che possa servire negli stessi dormitori ed all'aperto, quale sorgente d'infezione

Bologna, 3 dicembre 1899.

DI UN CASO DI ANEURISMA DELL'INNOMINATA

Letture fatta nella Conferenza scientifica del 30 settembre 1899 nell'ospedale e
militare principale di Chieti dal dott. **Luigi Mugumi**, tenente medico.

I casi noti di aneurisma del tronco innominato raggiungono in complesso la cifra di 141. Le Fort (1) nel 1869 riusciva a raccogliere 80 osservazioni, Ponsot (2) nel 1882 raggiungeva il numero di 117 e da qualche tempo sino ad oggi Duplay e Reclus (3) ne rilevarono altri 24 casi.

Il signor direttore di questo ospedale, data in proposito la scarsa letteratura medica, ritenne non fosse inutile riferire su tale alterazione vasale da lui riscontrata nell'iscritto M. R. del distretto militare di Teramo, della classe 1878, qui inviato in osservazione, e già ritenuto inidoneo al servizio militare. Devo quindi ringraziare il signor tenente colonnello medico Forti cav. Giuseppe, che m'invitò a studiare tale caso ed a farne oggetto di conferenza, dopo averlo presentato agli ufficiali medici dell'ospedale, i quali tutti convennero nel giudizio diagnostico da lui emesso.

..

Gli antecedenti ereditari del nominato iscritto offrono qualche rilievo. Suo padre morì a 64 anni per malattia cardiaca: la madre è viva e di frequente va soggetta ad attecioni reumatiche. Ha due fratelli, uno dei quali ha compiuto il servizio militare in artiglieria

e sta bene. Il paziente narra di avere sofferto le comuni malattie dell'infanzia e che a 18 anni lo incolse l'influenza, i cui postumi lo molestarono per vario tempo.

L'anno scorso per un mese fu ammalato di reumatismo articolare, e da tale epoca più volte ha avuto riacutizzazioni di simile processo morboso. Non è stato passivo di malattie veneree, né di sifilite, non tuma, e causa la sua professione (mulattiere) viaggiando frequentemente col barroccio, compie eccessivi sforzi muscolari e si espone all'umidità della notte e al alle intemperie. Infine riferisce di essere forte bevitore di vino e di alcoolici.

Riassumo l'esame somatico che praticai il 23 luglio 1899.

È individuo di mediocre costituzione organica, con scarso pannicolo adiposo, con masse muscolari flaccide e poco sviluppate e presenta le note cliniche di una sensibile oligoemia.

Portando subito l'attenzione sull'apparato cardiaco-vascolare, rilevasi che a destra della forchetta sternale e più propriamente all'interno del muscolo sterno-cleido-mastoideo esiste un tumore pulsante, di forma pressoché sferica e del volume di un piccolo uovo di piccione. Si ha cioè che immediatamente al disopra dell'articolazione clavicolo-sternale destra, la quale sporge in avanti oltre il suo normale livello, trovasi una intumescenza che alla sola ispezione si vede pulsare. Siffatto tumore ha una parete uniformemente liscia; la cute è levigata e lucida, è un po' assottigliata e non si lascia sollevare a pliche come la cute vicina; ha una consistenza molle, elastica ed è piuttosto dolente alla pressione. Poggiandovi leggermente la mano, oltre il percepire un sensibile fremito, si sente pulsare lentamente tutta la superficie della bozza, dilatandosi come un globo elastico nel quale penetri aria od

acqua; e le espansioni si compiono in tre tempi, due dei quali sono bene avvertiti dal dito, mentre il terzo sollevamento malamente è percospito. Al seguente tracciato sfigmografico si possono riportare tali espansionabilità; ivi infatti si vedono le tre pulsazioni, corrispondenti le due prime a due fasi successive della sistole cardiaca e la terza alla fine della sistole nel momento in cui si chiudono le sigmoidee dell'aorta



Sul manubrio dello sterno non si rileva alcuna pulsazione, e sul tumore si odono due toni affatto analoghi a quelli cardiaci. Colla percussione accuratamente e delicatamente praticata si ottiene l'aja di ottusità dell'aneurisma, che si delimita da poco al di sopra dell'articolazione sterno clavicolare sino alla articolazione della seconda costa collo sterno; in fuori si estende verso la regione sottoclavicolare destra ed in dentro verso il manubrio sternale. Il tubo laringo-tracheale è un po' deviato verso sinistra, ed applicando il dito sulla tiroide dello stesso lato, si sente pulsare.

I polsi della temporale e della succlavia sono ritardati e la circolazione nella carotide, nell'ascellare e nella brachiale del lato destro è più debole che nelle arterie omonime di sinistra.

Il polso radiale di destra è meno accentuato e più lento di quello di sinistra, e tende al dirotismo. Le temporali sono alquanto indurite e presentano un manifesto serpeggiamento. Il fenomeno del Bruschini e

Csop non è stato rilevato ed il sintoma accertato dal De Renzi, circa l'ispessimento della cute nella metà sinistra del volto, non si è potuto apprezzare con rigorosa esattezza. Il paziente racconta che talora avverte una certa difficoltà nella respirazione e specialmente quando cammina o parla di troppo, ha la voce velata ed un po' rauca, e spesso coi mutamenti di temperatura accusa nevralgie del plesso brachiale.

Non è molestato da distagia; nè presenta edemi. L'aja di ottusità cardiaca li sinistra è leggermente accresciuta ed il secondo tono aortico è più valido del normale. Avvi un certo grado di enfisema polmonare; l'esame delle urine è negativo e le pupille bene ed ugualmente reagiscono alla luce.

..

Che nel nostro caso si tratti di un aneurisma e più propriamente di un aneurisma del tronco innominato è facile arguirlo, data la fenomenologia esposta, la quale è caratteristica di tale affezione.

È pur vero che sovente è difficile distinguere certi aneurismi dell'aorta da quelli dell'innominata per le numerose analogie che offrono (Jaccoud, (4), ma nel caso presente, pur non potendo ricorrere alla radioscopia, tale difficoltà non sussiste, quando si richiamino alla mente i fenomeni fisici, i fenomeni a distanza e quelli di compressione già rilevati. Oltre l'avere infatti una intumescenza che presenta una limitazione topografica ben definita, esistono modificazioni di forza e di forma del polso, sia dell'arteria temporale, quanto della radiale. Se poi singolarmente ci diamo a considerare il polso della radiale, rileviamo che esso ci fornisce delle indicazioni precise, presentando non solo una diminuzione d'ampiezza, ma ancora - - e questo è il fenomeno costante di tali aneurismi — un accentuato ritardo, che

per veruna causa può modificarsi. Avviene però che nell'aneurisma della parte ascendente dell'arco aortico è frequente l'ineguaglianza dei due polsi radiali, ma la diminuzione d'ampiezza ed il ritardo si può avere tanto a destra che a sinistra, mentre tale fatto nell'aneurisma del tronco brachio-cefalico, come appunto verificasi nell'osservazione attuale, lo troviamo solamente a destra. Nel caso nostro nemmeno può ammettersi un aneurisma aortico, il quale si sia sviluppato in alto, uscendo dal torace dietro le clavicole ed occupando la sede ordinaria degli aneurismi dell'innominata, e ciò oltre per la sintomatologia ricordata, risulta anche per la delimitazione dell'aja d'ottusità dell'intumescenza, che per nulla discende nel torace. Se noi pensiamo alla vera posizione che aveva il tumore, devonsi pure escludere che si tratti di un aneurisma della carotide o della succlavia, giacchè il primo è generalmente allungato nel senso verticale, è posto fra i due fasci dello sternocleido-mastoideo, produce un soffio che solo si avverte al collo, e modifica unicamente il polso della temporale, e l'altro sarebbe situato all'infuori del muscolo anzidetto, avrebbe una forma allungata in senso trasversale, si percepirebbe un soffio propagantesi verso il cavo ascellare, ed il polso della radiale ne sarebbe modificato tanto a destra che a sinistra per un notevole ritardo.

Ammessa quindi la diagnosi di aneurisma del tronco brachio-cefalico, rimane a vedersi quale ne sia la varietà, quale cioè sia la posizione che esso veramente occupa.

Le Fort a seconda della loro posizione classifica gli aneurismi dell'innominata in quattro varietà (5):

1° Il tumore può essere limitato alla porzione mediana dell'arteria, e questo è un fatto eccezionale, conoscendosene nella letteratura solamente quattro casi. Il primo appartiene a Barth, il secondo è stato presentato da Devergie all'Accademia di medicina di Parigi; il

terzo venne pubblicato negli *Archives de Medecine* (1841, vol. X, pag. 195) da Wickham; ed il quarto finalmente da Whiting nell'*Edinburg medical Journal* (6).

2° L'aneurisma può occupare tutto il tronco brachiocefalico, senza estendersi ad altre arterie. Tale varietà è oggi ritenuta più frequente di quello che sino a poco tempo fa si era creduto, ed Holmes (7), Silver 8, e Wardrop (9) ne registrano dei casi.

3° Si può sviluppare all'estremo superiore dell'innominata. Tale varietà si riscontra soventemente e coincide quasi sempre colla dilatazione di una delle branche di biforcazione del tronco brachiocefalico. Tra le varie osservazioni è tipica quella riferita dallo Strümpell (10).

4° Nella grande maggioranza dei casi si origina al principio del tronco. Questa specie è la più comune e spesso si associa ad una dilatazione dell'arco dell'aorta. Nella letteratura medica emergono i casi presentati dal Beistegni alla Società anatomica di Parigi, e dal Martin-Solon all'Accademia di medicina di Francia (11).

Nell'osservazione presente l'aneurisma non s'è potuto sviluppare all'origine del tronco, perchè generalmente questa varietà non è che il prolungamento di un aneurisma dell'arco dell'aorta, mentre abbiamo osservato che tale arteria per nulla risentiva di siffatta alterazione. Inoltre non riscontriamo in essa alcuno dei sintomi accennati da Barwell (12), allorché l'aneurisma dell'innominata coinvolge l'aorta: la pulsazione, l'ottusità ed i toni anormalment forti del cuore sono sopra ed a destra della linea mediana. Le varie congestioni venose sono dal lato sinistro, dove il sintomo è specialmente manifesto sul pettorale della stessa parte e non si estendono al lato destro se non più tardi.

Neppure può trattarsi di un aneurisma della porzione terminale dell'innominata, essendo il medesimo quasi

sempre associato agli aneurismi della carotide e della succlavia, che nel caso nostro non hanno rivelato alcun risentimento. E la non partecipazione al processo morboso di questi tronchi vasali, la desumiamo pure dal limitato volume dell'aneurisma e dai lievi disturbi compressivi.

Tale aneurisma sarà allora esclusivo della porzione mediana dell'arteria, od occuperà il tronco braccio cefalico nella sua totalità?

Data la limitata aja di ottusità del tumore e la concomitanza di scarsi fatti da compressione, si potrebbe propendere per la prima varietà, ma coi fatti obiettivi raccolti è assai difficile potere emettere una diagnosi di sede sì precisa. Questo però è certo, che al processo aneurismatico dell'iscritto M. R. non hanno preso parte nè l'aorta, nè la carotide, nè la succlavia, ma solamente è leso il tronco innominato o parzialmente o nella sua integrità.



Circa il lato etiologico vari sono i fattori di una certa entità. Si tratta di un mulattiere, il quale per le necessità della sua professione è di frequente esposto alle vicissitudini atmosferiche, all'umidità della notte e per le quali infatti più volte è stato soggetto ad affezioni d'indole reumatica. Il paziente stesso riferisce che sovente faceva uso di liquori e di vino; e noi sappiamo che quasi tutti gli autori, e fra questi in special modo Collins di Dublino, hanno riconosciuto la grande influenza dell'alcoolismo nella genesi degli aneurismi, singolarmente nei bevitori di liquori poco o punto diluiti, in seguito a cui si ha la degenerazione grossa nella tonaca media dell'arterie. In conclusione Barwell crede che l'alcoolismo, o solo od associato alla

diatesi reumatica, sia la causa più frequente degli aneurismi.

Nell'iscritto M. R. non abbiamo avuto la sifilide, ma lo stesso Barwell nel confutare Altkem, Welch, Lawson e Myers, i quali ammettono che nell'esercito, causa la lue sifilitica ed il colletto dell'uniforme, lo aneurisma sia più frequente, a ferma che la sifilide può produrre sì una degenerazione a tiposa delle pareti arterioso, ma che, massime come fattore unico, non agisca che raramente nella patogenesi degli aneurismi. Se aggiungiamo i dati ereditari, in cui riscontriamo una forte disposizione alle malattie cardio-vascolari, e la faticosa professione del paziente, per la quale può essere andato soggetto a qualche sforzo violento, noi avremo elementi etiologici sufficienti per rendere ragione di questo aneurisma dell'innominata. Ma non basta! Pougnez d'Amiens (13) ultimamente constatò che in quattro individui l'aneurisma si esprime in coincidenza di una malattia infettiva (malaria ed malaria) — e con ciò egli vorrebbe a confermare l'ipotesi di Huchard sull'importanza delle infezioni nella formazione degli aneurismi. Qualunque sia l'attendibilità di sì fatta teoria scientifica, non può rilevare che pure nel nostro paziente l'aneurisma si sviluppò mentre l'influenza di poco lo aveva travagliato.

Circa l'essere l'aneurisma proprio dell'età media, ricorderemo che non è infrequente il caso che ancora si manifesti nell'età del nostro iscritto — ed infatti in una statistica di 510 casi fatta dal Crisp (14), si sa che 79 di essi appartengono a 1 in individuo dai 20 ai 29 anni. A tale statistica si unì mano i dati numerici rilevati da Lebert e Liddel (15).

Coll'applicazione dell'art. 16 dell'elenco unico delle infermità, il compito dell'ufficiale medico sarebbe esaurito, ma stante l'importanza del caso, specialmente per

la varietà dell'aneurisma, reputo utile trattenermi brevemente sul metodo di cura da adottarsi, e sul prognostico che siamo indotti a trarne.

È noto che la cura degli aneurismi del tronco brachiocefalico può essere tanto medica, quanto chirurgica. Luke (16) ottenne una guarigione col metodo del Valsalva; Head guarì un aneurisma dell'innominata col regime consigliato da Tufnell (17), cioè coll'assoluto riposo, colla dieta rigorosa, col bere solamente lo stretto necessario, senza ricorrere a sottrazioni sanguigne. Laache (18) oltre all'ioduro di potassio dà pure importanza alla dieta parca, non dovendo la nutrizione superare le 1244 calorie, ossia circa la metà di quello che consuma un uomo di 60 chilogrammi; e la ingestione di sostanze liquide non deve essere più di 600 grammi al giorno. De Renzi (19) infine ottenne un bellissimo risultato col riposo, coll'alimentazione tenue e colla somministrazione per tempo indeterminato d'ioduro potassico, sospendendolo di tanto in tanto. Egli cioè consiglia di somministrarlo da uno a tre grammi epicriticamente, interrompendolo per 10-15 giorni ogni mese. In tal modo ritiene di vincere la mesarterite ed anche la pressione vasale, sia l'individuo sifilitico o no.

Sorvolando sulla galvanoplastica e sull'elettroagopuntura usate specialmente da Poincot (20), da Gallozzi (21), da Wertheimer (22) e da Ciniselli (23), accennerò sinteticamente al rimanente della cura chirurgica, ove vediamo che vari sono stati i tentativi ed i metodi adottati. Barrier (24) praticò inutilmente una sola volta le iniezioni di percloruro di ferro. Angelini (25) cita un caso di notevole miglioramento avuto per mezzo delle iniezioni di ergotina all'intorno del tumore, le quali però per la prima volta, con buon successo erano state fatte da Langenbeck (26). L'introduzione dei corpi estranei nel sacco aneurismatico, sebbene ancora da

qualche valente clinico italiano sia tenuta in onore, oggi è universalmente condannata (21). Fu pure tentata la compressione indiretta sulla carotide (28), ma non dette buoni risultati, come del tutto ineffica e riuscì la compressione esercitata col metodo di Verriet, cioè fra i capillari ed il sacco (29). La legatura è stata fatta col metodo di Anel e col metodo Braslor che si eseguono con diversi processi, e noi troviamo registrata un'abbondante letteratura scientifica, dalla quale deduciamo che i risultati per alcuni furono soddisfacenti, mentre per altri si ottenne solamente un lieve miglioramento e per altri infine esiti del tutto negativi (30).

In conclusione con nostro sconforto dobbiamo ritenere che pochi utili progressi sino ad ora si sono fatti nella cura degli aneurismi, sia ne la parte medica che nella chirurgica, in ogni modo dal più vien consigliato di ricorrere alla prima — e solo nei casi urgenti, come *remedium ultimum anops* si debba richiedere l'intervento del chirurgo (31).

Riguardo al caso attuale riterrai quindi utile praticare il sistema curativo consigliato da De Renzi, Laache e Tufnell, dato specialmente il limitato volume del tumore ed i lievi fatti di compressione. Qualora poi l'aneurisma tendesse ad aumentare e generare maggiori disturbi di funzionalità, trattandosi appunto di un aneurisma del solo tronco brachio-cefalico, si potrebbe ricorrere alla cura chirurgica suggerita dal Rosenstirn e Warthon (32), facendo cioè la doppia legatura simultanea della carotide primitiva e della succlavia, la quale oggi mediante la rigorosa antisepsi dà buoni risultati.

BIBLIOGRAFIA

- (1) LE FORT. — *Art. Brachio-céphalique; Dict. encyclop. des Sc. méd.* 1^a Serie, t. X, pag. 452
- (2) POINSSOT. — *Art. sous-clavière-innommée; Dict. de méd. et de chir. prat.*, t. XXXIII, pag. 381.
- (3) DULLEY-RECLUS. — *Trattato di chirurgia*, vol. V, p. 2^a, pag. 366 (Traduzione Novaro).
- (4) CANTANI E MARAGLIANO. — *Trattato italiano di patologia e terapia medica*, vol. IV, p. 2^a, pag. 677.
- (5) LE FORT. — (Loc. cit.).
- (6) NÉLATON. — *Elementi di patologia chirurgica*, vol. I, pag. 127. (Traduzione D'Antona).
- (7) DUPLAY-RECLUS. — (Loc. cit., pag. 367).
- (8) SILVER. — *Uncommon disposition of the innominate artery (The Lancet, 1877, vol. II, pag. 727).*
- (9) NÉLATON. — (Loc. cit.).
- (10) STRUMPELL. — *Trattato di patologia speciale medica*, vol. I, parte 2^a.
- (11) NÉLATON. — (Loc. cit.).
- (12) CANTANI E MARAGLIANO. — Loc. cit., vol. IV, pag. 681.
- (13) *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 96, agosto 1899.
- (14) DUPLAY-RECLUS. — Loc. cit., vol. II, parte 1^a, pag. 115.
- (15) CANTANI E MARAGLIANO. — Loc. cit., vol. IV, pag. 610.
- (16) LUKE. — *Dublin quart. Journ.*, 1852, t. XIII pag. 78.
- (17) TUPNEL-HPAD. — *Aneurisma del tronco brachio-cefalico guarito col metodo del Valsalva modificato The Dublin Journ. of med. Sc.*, giugno 1818, pag. 545 — TUPNEL, *Occlusione spontanea di un aneurisma del tronco brachio-cefalico The Dublin Journ. of med. Sc.*, gennaio 1879, pag. 5.
- (18) NORSK. — *Mg. for. Laegerid*, 2, 99.
- (19) DR RENZI. — *Aneurysme du tronc brachio-céphalique et de la sous-clavière, guéri par le repos et l'usage de potassium Rev. Clin.* marzo 1884. *Due casi di aneurisma dell'aorta toracica Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 155, dicembre 1898
- (20) POINSSOT. — (Loc. cit., pag. 589).

21 GALLOZZI. — *Aneurisma del tronco braccio cefalico curato con applicazioni di corrente elettrica alla superficie del tumore* (*Morgagni* settembre 1876).

22) WERTHEIMER. — (Citato dal Nélaton, loc. cit. pag. 129)

23. *Gazzetta degli Ospedali e delle Cliniche*, n. 154, 25 dicembre 1898.

24 BARRIER. — (Citato dal Ponsot, loc. cit., pag. 388 - e dal Nélaton, loc. cit., pag. 129).

25 ANGEINI. — *Aneurisma del tronco braccio cefalico guarito con ergotina* (*Annali universali*, vol. C LXII, pag. 306, e *Revue de chir.*, 1884, pag. 105).

26) STUMPPELL. — (Loc. cit., vol. I, parte 2^a, pag. 83)

27) DUPLAY-RECLUS. — (Loc. cit., vol. V, parte 2^a).

28) POINROT. — (Loc. cit., pag. 391).

29. BROCA. — *Des aneurysmes et de leur traitement*, Paris 1856, pag. 795

30) NÉLATON. — (Loc. cit., pag. 129-130).

31) DUPLAY-RECLUS. — (Loc. cit., pag. 371-372-373)

32 BARWELL. — *Medic chir. Transact.*, 1885, LXXIII pag. 123.

RIVISTA MEDICA

A. DET. **Sulla cura per mezzo della laparotomia delle perforazioni intestinali d'origine tifoide.** — (*Archives de médecine et de pharmacie militaires*, n. 8, août 1899).

L'autore riportando un caso di perforazione intestinale per ileo-tifo da lui operato di laparotomia, ed un altro dello stesso genere, operato dal dott. Tricot, affronta la questione, ancora tanto dibattuta fra i clinici, se convenga intervenire arditamente nelle perforazioni causate dalle ulcere tifose, o astenersene del tutto.

La laparotomia nel tifo non è una novità.

Leggesi infatti in un pregevole studio statistico e clinico del dott. Silvagni (1) che in un decennio, cioè dal 1884 al 1894 i casi di perforazione nella tifoide operati sono stati 29 con 8 guarigioni, cioè circa il 27 p. 100.

Si sa che generalmente la perforazione avviene nella parte più bassa dell'ileo, ma può aversi nel cieco, nel colon, e perfino nello stomaco. La perforazione può verificarsi anche nelle forme di tifo ambulatorio, ed il Silvagni (loc. cit.) ne riporta un caso operato dal prof. Novaro.

Dieulafoy, discutendo quest'argomento in una tornata dell'Accademia di medicina dell'ottobre 1896, si dimostrò favorevole alla operazione, ma disse che riesce assai difficile il poter stabilire il momento opportuno per simile intervento.

Leri e Bittel esposero il concetto di intervenire quando la temperatura si mantiene piuttosto alta ed il polso è pieno e di

(1) Dott. LUIGI SILVAGNI. — *La febbre tifoide negli ospedali di Bologna dal 1862 al 1892*. Risultati statistici e clinici. Comunicazione presentata all'XI congresso internazionale.

non operare quando esiste considerevole ipotermia ed i polsi sono depressi.

Monod dice: « dal momento che nei malati attaccati da perforazione intestinale non vi è più speranza, si è autorizzati a fare la laparotomia, qualunque ne possa essere l'esito. »

Dopo Monod, parecchi chirurghi riferirono su alcune operazioni di laparotomia nel tifo praticate senza risultato, ma nelle quali l'autopsia dimostrò che le suture avevano tenuto, e che solo a nuove perforazioni si dovette la morte dell'ammalato.

Nel 1897 Brunton e Bowley ottennero, in un caso di perforazione intestinale da ileo-tifo, completa guarigione colla laparotomia e relativa sutura alla Lambert.

Incoraggiati da questo successo i medici militari francesi M. Audet e M. Tricot operarono due individui, dei quali daremo, a larghi tratti, le storie.

Noi sappiamo che se durante il decorso di una febbre tifoide, specie nel terzo settenario, si manifesta improvvisamente un punto doloroso in una regione dell'addome, e contemporaneamente succede un rapido cambiamento nel polso e nella temperatura, questi sono segni di choc peritoneale, dovuto quasi sempre a perforazione dell'intestino.

Dopo l'accidente possono avvenire due fatti: o la temperatura ed il polso si rialzano ed il ventre diventa timpanitico; o la termogenesi e la circolazione si fanno debolissime ed il ventre si appiatta, anzi si avvallà, comparendo in scena i segni della più grande ipotermia. Il primo fatto vien ritenuto favorevole all'operazione, il secondo sfavorevolissimo.

Circa la frequenza delle perforazioni non tutti gli autori vanno d'accordo.

Normann Moore trovò su 113 autopsie di tifosi 21 perforazioni, Liebermeister, su 2000 tifosi, ha notato 26 perforazioni, con tre guarigioni; su 1580 casi, Murchison ha notato perforazioni 98 volte. Berg nel 2,2 p. 100 del totale dei casi.

Nei casi mortali su una statistica di 1721 autopsie la perforazione si è notata nell'11,38 p. 100 (Murchison). Griesinger notò perforazione 14 volte su 118. Flint 2 volte su 73, Ivanoff su 543 casi ha notato 3 perforazioni. Concato (secondo la statistica compilata del dott. Silvagni) trovò 5 perforazioni su 230 casi, cioè 2,17 p. 100, su 554 casi tenuti in cura da Murri la perforazione avvenne 11 volte, cioè colla frequenza di 1,8 p. 100.

Quanto alle guarigioni spontanee in seguito a perforazione da ulceri tifose, esse sono state tanto rare, che i medici sono tentati quasi tutti a non prestarvi fede.

Tuttavia Brugnoli (comunicazione orale) curò un tifico, il quale ebbe segni di perforazione, e guarì. Dopo vario tempo l'ammalato, venuto a morte per altre ragioni, presentò alla necropsopia aderenza d'ansa del tenue, che era stata perforata, con la vescica.

Murchison cita 6 osservazioni personali di guarigione, in due casi si fece lo svuotamento spontaneo per l'intestino del pus di un ascesso peritoneale; uno di questi malati lasciò il letto dopo nove mesi.

Nella *Semaine médicale* del 30 settembre 1896 è riferito un caso curioso di guarigione spontanea di perforazioni dell'intestino dovute ad ulceri tifose. Si trattava di una donna di 35 anni che presentava, sulla linea alba, una grossa ernia ventrale consecutiva ad una laparotomia praticata sette anni prima. Nel quarto settenario di una febbre tifoidea, questa donna fu presa bruscamente da dolori in corrispondenza della sua ernia, che finì per ulcerarsi, si aprì, dando esito a gaz fetidi e ad un liquido torbido di odore fecale.

Qualche giorno di poi, attraverso all'apertura, di ventata di diametro, di un pozzo di cinque franchi, si vedeva l'intestino ulcerato in diversi punti, e le materie uscivano quasi in totalità da questo ano preternaturale.

Dopo un tempo abbastanza lungo le fistole finirono per cicatrizzarsi, e l'ammalata guarì del tutto con aderenza della pelle all'intestino sottostante.

Riassumiamo ora brevemente le due osservazioni dei dottori Audet e Tricot.

La prima riguarda un certo B.... maresciallo d'alloggi del 13° usseri, di 26 anni, alcoolista, ammalatosi di ilco-tifo il 6 dicembre 1898.

Curato col bagno freddo a 26° e con gli ant settici intestinali, l'effezione decorse regolarmente fino al 14 dicembre.

In tal giorno fu preso da vivo dolore alla regione ombelicale sinistra, e poco dopo da vomiti, embascia di respiro, sudori freddi, con temperatura a 37°.7, polso a 110, respirazioni 43.

Attenuatisi questi sudori con una iniezione di morfina, gli aceri internamente ed impacchi caldi laudanizzati, l'infermo passò discretamente la giornata del 15, ma durante

la notte successiva peggiora rapidamente, ed al mattino del 16 aveva sughiozzo, vomito di liquido color rosa li caffè, lineamenti contratti esprimenti l'angoscia, e torlo della t e le terreo, naso affilato, decli to dorsale, ginocchia flesse, polso frequente e piccolo a 140, respirazioni a tipo costale 12, temperatura 39°. Dolore addominale generalizzato, vivissimo, ballottamento e tensione del ventre, meteorismo esteso fino ai lombi, subottusità dell'addome e suono matto al di là della linea ascellare, mancanza di fluttuazione e di succussione.

Formulato il diagnóstico il peritonite generalizzata acutissima per perforazione intestinale, non vi era da pronosticare altro che la morte, salvo un unico tentativo di salvezza. L'occasione della perforazione ed il lavaggio del peritoneo infetto.

Intanto le condizioni del malato eransi talmente aggravate, da rendere estante il dott. Andet a praticare l'operazione, ma il B... che aveva conservato tutta la sua lucidità di mente, e si sentiva per tutto, lo supplicò vivamente di tentare quest'ultima via di salute.

Laonle, praticate nel tessuto adiposo del margine posteriore delle due ascende due iniezioni di $\frac{1}{2}$ litro ciascuna di siero artificiale di Haven a 32°, allo scopo di ottenere un miglioramento nello stato generale, nel polso e nella temperatura (che era 39°5) si procedette alla operazione, nel modo seguente:

Si pratica rapidamente un'incisione che cominciando a 10 centimetri al disopra dell'ombelico, si prolunga per 4 centimetri al disotto; si sceglie il peritoneo sollevato da gaz, si incide sulla sonda per tutta la lunghezza della breccia cutanea; ne escono gaz fecali senza liquori. Sollevate il grande epiploon si trovano gli intestini dilatati dai gaz con tendenza a sfuggire dalla ferita. Esplorate con accuratezza le anse intestinali si scopre in mezzo ad una larga placca pseudomembranosa nuotante in un liquido sieroso-purpureo giallastro e fetido, una perforazione del diametro di una grossa lenticchia. Dopo l'ablazione, merce un tampone, degli essudati aloreuti, si chiude la perforazione intestinale con tre punti di sutura alla Lembert. Introdotto quindi una grossa canula nel cul di sacco peritoneale, si fa una irrigazione con una decina di litri di acqua bollita, salata, alla temperatura di 30°. Deneggio alla Mekel.

« Gli intestini sono reintrodotti nel ventre senza grande difficoltà. Rimuove della ferita con due piani di sutura »

Tutti questi atti operativi furono fatti colla massima celerità possibile; l'operazione durò mezz'ora circa. Il malato avvolto in coperte calde, ed aiutato con iniezioni di etere, respirava debolmente, non si sentiva più il polso radiale, le estremità diventaro fredde, e mezz'ora dopo l'operazione si spense.

All'autopsia si trovarono numerose piacche pseudo-membranose sulle nasse intestinali vicino a quella perforata, nelle fosse diafiche, nella faccia inferiore del fegato, e poco liquido purulento nei punti più declivi, tutti segni di una peritonite già avanzata.

Aparto l'intestino si rinvennero nell'ultima porzione dell'ileo numerose ulcerazioni tipiche della febbre tifoide, assai profonde, interessanti la mucosa e la muscolare, in modo che solo esisteva la sierosa trasparente come un velo, la perforazione suturata esisteva nell'ileo a 40 centimetri al disopra della valvola, al centro di una vasta ulcerazione di Peyer. Si trovarono pure tracce di emorragie intestinali, che contribuirono al rapido esaurimento del malato.

La seconda osservazione riguarda un soldato del 10° reggimento artiglieria ricoverato nell'ospedale nel dicembre 1898 per ileo-tifo non grave.

La malattia fece un corso regolare, e dopo una ventina di giorni l'individuo era apirettico, dormiva tutta la notte, sentiva appetito, ed avrebbe voluto cibi solidi, ma gli si continuò a somministrare soltanto latte.

Nel ventiquattresimo giorno di malattia, l'infermo, essendosi bruscamente voltato nel proprio letto per prendere il suo latte, sentì un acuto dolore all'addome e fu colto immediatamente da vomiti biliari.

Sospettata subito una perforazione intestinale, fu sottoposto a congruo trattamento, il quale non impedì che si sviluppasse una peritonite acuta, che essendosi apparentemente localizzata nella fossa iliaca destra richiese l'intervento operativo.

Si fece una incisione di 10 centimetri, come si pratica per l'operazione della appendicite, fuoruscirono dalla apertura peritoneale gaz solidi, e liquido stercoraceo misto a grumi di latte coagulato.

Malgrado le più accurate ricerche però non fu possibile trovare il punto dell'intestino perforato, e pensando che già si fossero formate delle aderenze, che non era conveniente di lacerare, si cessarono le esplorazioni.

Per qualche giorno l'infermo ebbe perdita di feci dalla ferita, che era stata in parte riunita, ed in parte fognata, poi sopravvennero fenomeni di collasso e quindi la morte.

All'autopsia si constatò l'esistenza di una peritonite diffusa con false membrane molto spesse ed antiche. In corrispondenza della parte inferiore dell'ileo, a 15 centimetri circa dalla valvola ileo-cecale, si rilevò l'esistenza di una perforazione comprendente presso a poco il terzo della circonferenza di quella porzione di ansa intestinale che posa normalmente sul ciglio del piccolo bacino. L'appendice fu trovata normale. Furono inoltre rinvenute numerose ulcerazioni che non presentavano alcun segno di riparazione.

•••

Si suol dire generalmente che il medico impara più da un caso disgraziato, che da cento fortunati, e l'infallibile autore, quantunque non possa felicitarsi degli esiti di queste due operazioni, sostiene che se l'intervento fosse stato più sollecito, le cose sarebbero forse andate diversamente.

Si comprende d'altra parte l'esitazione di un medico responsabile, e cosciente della propria responsabilità, di fronte ad una operazione così grave e ancora tanto nuova, eseguita talora in un ambiente affatto sfavorevole, si esita, si spera, ed intanto il momento d'intervenire è già passato.

L'autore conchiude colle seguenti considerazioni, che se non possono per ora essere accettate come dogma, meritano tuttavia molta attenzione.

Quando nel decorso di un ileo-tifo si manifestano i sintomi sopradescritti, possiamo trovarci in presenza di quattro casi:

1° O la perforazione non esiste ed il choc peritoneale dipende da una penetrazione nel peritoneo di bacilli infettivi attraverso la parete intestinale assottigliata, ma che domani potrebbe essere perforata;

2° Oppure la perforazione accadendo in un organismo giunto all'estremo limite della sua resistenza, determina una peritonite generalizzata a forma asenica;

3° Ovvero la perforazione si verifica in un malato ancora resistente, e la reazione dell'organismo induce immediatamente una elevazione della temperatura, e timpanismo;

4° Ovvero la perforazione si manifesta in una sacccoccia chiusa, e, come per l'appendicite, il peritoneo rimane protetto per qualche giorno dalle aderenze.

Salvo nel caso in cui l'organismo sfinito non è in grado di sopportare l'atto operativo, l'autore ritiene che l'operazione debba farsi.

Essa si impone nei casi dubbi, perchè la laparotomia non aggravava sensibilmente lo stato del malato, si impone nei casi in cui la perforazione esiste, e quando l'organismo ha potuto reggere dopo l'esaurimento transitorio causato dal o choc peritoneale; e deve essere fatta nel primo momento, si impone finalmente quando esiste una peritonite localizzata ed aorché si può precisare la sede della lesione.

Br

ACHARD. — Le pleuriti nella tifoide. — (*Semaine médicale* e *Vuova rivista clinica terapeutica*, n. 8 agosto 1899).

Il manifestarsi di una pleurite durante il corso di una febbre tifoide non è un fatto raro.

Il versamento che ne consegue può essere più o meno copioso, e di natura siero-fibrinosa, emorragica, o purulenta.

Fernet dimostra l'esistenza della pleurite siero-fibrinosa da bacillo d. Eberth, trovato nel versamento allo stato di purezza.

La pleurite, come d'altra parte anche la pneumonite, può manifestarsi nel inizio del tifo, oppure può sopravvenire nella fase della defervescenza, impetendo anche a questa di proseguire in modo regolare.

La pleurite, in genere, può essere preparata e provocata dall'insorgere di lesioni del parenchima polmonare, cioè di piccoli focolai bronco-pneumonici.

La pleurite da bacillo d. Eberth non ha caratteri clinici altrettanto ben definiti, come quella delle altre varietà microbiche, come sarebbe la pleurite streptococcica e quella pneumococcica. La pleurite nella tifoide decorre in modo subacuto, come si riscontra del resto nelle suppurazioni eberthiane, specialmente nell'osteomielite.

Non è possibile, per ora, dire in quali contingenze il bacillo d. Eberth dia luogo a pleuriti sierose, e quando produca invece dei versamenti pleuritici purulenti.

Anche le osteomieliti protette dal bacillo tifico qualche volta suppurano, qualche altra si risolvono, estirpandosi unicamente con dolori ossei ed una limitazione circoscritta, la quale scompare in un tempo variabile.

Nella tifoide, come è noto, ad un periodo variabile, ma di ordinario più o meno precoce, il sangue acquista la proprietà di agglutinare il bacillo di Eberth, questa proprietà sulla quale riposa il metodo della siero-diagnosi, appartiene non solamente al siero sanguigno, ma anche alla dei lipidi normali e patologici dell'organismo, tra gli altri ne sono tolte le sierosità.

Tutti però attribuiscono al sangue questo potere al massimo grado, gli altri umori lo posseggono ad un grado variabilissimo, ma generalmente inferiore.

Ora, in un caso di pleurite fibrinosa non suppurata, descritto da Aclard, si è trovato che mentre il siero sanguigno non agglutinava a 1/10, il liquido pleurale agglutinava ad 1/100 vale a dire dieci volte di più.

La terapia delle pleuriti tifoiche non differisce da quella delle pleuriti acute, di cause diverse. Il versamento sierofibrinoso, di solito, non è molto abbondante, e quindi raramente presentasi la necessità di fare la toracentesi.

La pureolezza del punto impone l'apertura della pleura, ma dopo avere ammesso il principio, devonsi discutere il momento dell'intervento.

La pleurite purulenta da bacillo di Eberth, in generale, non sembra avere una evoluzione molto rapida, né un corso invalidante, come pure non tende a divenire il punto di partenza di una infezione generalizzata, di una setticemia, come fa per esempio la pleurite streptococcica.

Invece l'infezione o suppurazione generale, ed è piuttosto quando cessa di essere generale, che coagisce in modo predominante la pleurite, per restare in seguito, esclusivamente localizzata. L'organismo dei tifoici è a poco a poco vaccinato, e non si presta più che allo sviluppo, o alla persistenza di una infezione limitata.

Occorre inoltre tenere presente che gli interventi operatori nel tifo, in pieno periodo di stato, non sono senza pericoli. Per cui val meglio attendere, quando è possibile, che l'infezione abbia cessato di essere generale.

Così devonsi praticare ordinariamente, si comprende però che può sempre sopravvenire tale circostanza che imponga l'intervento precoce.

Br.

M. MARINESCO. — Lesioni dei centri nervosi nella demenza pellagrosa. — *La Semaine médicale*, 29 novembre 1899).

L'autore, appartenendo ad una regione, la Rumenia, dove al pari della nostra Alta Italia interrisce la pellagra, ebbe campo di constatare le lesioni del sistema nervoso centrale consecutive a tale infermità.

Tali lesioni hanno sede su tutta la sostanza grigia dell'asse cerebro-spinale. A livello delle circonvoluzioni cerebrali le cellule ricche di sostanza cromatica, *somatocromiche*, sono più alterate delle cellule cariocromiche. Le grandi cellule del Betz hanno cambiato di forma e di volume ed il numero dei prolungamenti è molto diminuito. La sostanza cromatica è variamente interessata: talvolta si riscontra cromatosi parziale o generale, risultante dalla dissoluzione degli elementi cromatici, tal'altra il corpo della cellula, quasi sprovvisto di sostanza cromatica, presentasi pallido e l'offre l'alterazione conosciuta comunemente sotto il nome di acromatosi. Il nucleo della cellula spesso è spostato, e quando trovasi al centro egli è circondato da un'atmosfera di sostanza cromatica; la sua forma generale è conservata. Le cellule dei nodi bulbari, e quelle della sostanza grigia del midollo spinale sono alterate con un analogo meccanismo. Tutte le cellule costituenti la sostanza grigia presentano della cromatosi, della acromatosi ed un'atrofia più o meno marcata del corpo cellulare e dei suoi prolungamenti. In generale, le alterazioni della sostanza grigia, sono molto più accentuate di quelle della sostanza bianca. Queste lesioni son dovute all'azione diretta di un veleno che agirebbe sul corpo cellulare e sui prolungamenti protoplasmatici.

G. B.

I. W. KIME. — Espulsione rapida della tenia per mezzo della morfina iniettata nel corpo del parassita. — *La Semaine médicale*, n. 51, 1899).

Avviene non di rado che in seguito alla somministrazione di un lenifugo, la tenia non sia espulsa in totalità, ma una parte soltanto esca fuori dall'orificio anale. In tali condizioni il parassita generalmente non è morto; esso non fa che discendere in un segmento inferiore dell'intestino, dove egli si fissa, per modo che la cura fallisce. In simili casi l'A. ot-

tiene l'espulsione rapida della tenia uccidendola con la morfina. A tale scopo egli applica la parte fuoriuscita del verme a qualche centimetro di distanza dall'orificio anale e inella sopratista legatura nel corpo stesso del parassita, grammi 0.03 di morfina secca, seziona poscia la tenia al di sotto della legatura, introduce di nuovo nel retto il frammento che esce dall'ano, e dopo dieci minuti fa fare un abbainbulo d'istere di acqua. La tenia è allora espulsa con la testa.

E. T.

MALINOWSKY. — Cura della difterite scarlattinosa. —
(*La Semaine médicale*, n. 48, 1892)

Dopo aver tentato diversi mezzi di cura locale contro la difterite scarlattinosa l'autore ha ottenuto buoni risultati dalle polverizzazioni o inalazioni della miscela seguente:

Cressato di leggio	{	alla 50 centigrammi.
Tuolo		
Alcool camforato,	{	una 25 grammi.
Essenza di trementina		

M. Uso esterno

Per mezzo di un polverizzatore si proietta questa miscela, per la durata di 10-20 secondi, sulla mucosa faringea e nelle cavità nasali e si ripetono queste polverizzazioni ogni 2 ore. Si può pure far inalare questo stesso liquido, che si pone, a tale scopo, in una boccetta a doppia tubulatura.

Il miglioramento avverrebbe a termine in 24 ore, in questo periodo le fauci non inflatano e non cadrebbero a staccarsi, e la mucosa prenderebbe un aspetto più normale.

È inutile rassicurare che dall'efficacia di questo processo non escluda il uso dei gargarismi antisettici, né la lavatura della retrobocca e delle fosse nasali, né, infine, la cura generale.

E. T.

TIL DUSIN. — Circa la neurastenia periodica circolare ed alternante. —
(*Deutsche Zeitschr. für Nervenheilk.*, XIII, 1-2)

L'autore descrive come neurastenia periodica circolare alternante quegli stati che da altri (Hoche) furono annoverati fra le forme leggere di leiemo, nei quali stati, però, non si

verifica mai un vero e proprio delirio, e gli individui che ne sono affetti possono quasi sempre attendere alle proprie occupazioni. Anche la prognosi e la terapia delle forme morbose descritte dall'autore, si a costano di più alla neurastenia che alle vere e proprie psicosi. Nel maggior numero dei casi si tratta di stati periodici di depressione o di stati alternanti di depressione e di eccitazione, fra cui decorrono periodi di lucido intervallo. I sintomi non si distinguono da quelli della semplice neurastenia, ed è soltanto il decorso che autorizza a comprendere queste forme in un gruppo speciale.

Gli stati depressivi hanno piuttosto un'impronta ipocondriaca che melanconica. Quasi sempre si nota l'influenza dell'ereditarietà. Le singoli fasi insorgono spontaneamente e spariscono anche senza trattamento speciale.

E. T.

H. WEBER — Il clima ed i viaggi di mare nel trattamento della tubercolosi — (*The Sanitarian*, agosto 1899)

Oggi che anche presso di noi ferve vivissima l'agitazione per l'impianto di appositi luoghi di cura per gli ammalati di tubercolosi, è interessante riassumere i risultati di moltissime osservazioni pratiche del Weber sul clima e sui viaggi di mare nel trattamento di tal malattia, i risultati che egli espone al congresso internazionale contro la tubercolosi tenutosi a Berlino nel maggio scorso. L'A. tratta tale argomento, distinguendo i climi di montagna a grandi altitudini; climi di basse altitudini, climi delle foreste, dei deserti, dell'Egitto; climi delle coste e delle piccole isole, viaggi marittimi, sfruttandone i vantaggi e gli svantaggi nei vari casi di tubercolosi. Rispetto alla prima classe le condizioni di altitudine sul livello del mare naturalmente variano secondo le altitudini. Mentre ai tropici occorrono altezze dai 1800 ai 3000 metri, nelle zone temperate potranno bastare altezze da 500 a 600 metri per i paesi lordici, mentre nel versante italiano delle Alpi e sull'Apenino avrassi un *optimum* ad altezze dai 900 ai 1200 metri.

Tal altitudine ha quindi il vantaggio: 1° Di una minore pressione atmosferica; 2° Diminuzione nella quantità assoluta e relativa dell'umidità; 3° Bassa temperatura all'ombra; 4° Grande calore al sole; 5° Grande quantità di luce; 6° Notevole diminuzione

del pulviscolo atmosferico. In complesso, mentre tali climi sono sminuanti e buoni, rimangono un certo grado di resistenza nel paziente, saranno quindi da consigliarsi a soggetti non molto deperiti e soprattutto che non presentino abito scrofoloso. Rispetto ai climi di basse altitudini, delle foreste, dei deserti, dell'Egitto, l'autore non mostrasi molto entusiasta. Danno buoni risultati stazioni quali Pau, Arco, Garmone Riviera, Lugano ecc. localita ben riparate dai venti, pure nella maggior parte del tempo si passava all'aria libera e gli ummalati si nutrivano abbondantemente e bene. Rispetto alle foreste consiglia il soggiorno in mezzo a foreste di pini, pero non troppo dense e possibilmente poste su declivio di monti, onde aver maggior luce, minore umidita ed abbondanza di ozono.

Riguardo al clima del deserto, mentre ha il vantaggio della purezza dell'aria e dell'umidita marina, presenta l'inconveniente di venti violentissimi e dei turbini di polvere che li accompagnano. Non e troppo favorevole al soggiorno in Egitto, mentre e contrario del tutto alla finora nella città del Cairo, che oltre agli svantaggi dati da tutte le localita troppo popolate presenta anche l'inconveniente del breve periodo in cui e possibile la cura. Cerca il clima delle coste e delle piccole isole, preferisce quelle a clima umido e caldo quali Madera, le Canarie, la Florida, alle stazioni climatiche fornite di preferenza dalle coste del Mediterraneo quali la Riviera nigre, Palermo, Taormina, Apice ecc. I risultati qui ottenuti dall'autore furono meno fortunati di quelli ottenuti al soggiorno in montagna.

Ritiene, di preferenza, tal soggiorno indicato per i tubercolosi aventi abito linatico e scrofoloso. Da ultimo i viaggi di mare vengono stessi consigliati ai tubercolosi per la purezza dell'aria ed il suo continuo ricambio, per l'abbondanza di luce e per la vita regolare e non costretta i viaggiatori. A parte qualche inconveniente quale il vento talvolta troppo impetuoso e l'eccessivo calore dei tropici, l'autore li ritiene vantaggiosissimi.

In sostanza dei casi da lui osservati e curati con i viaggi di mare, appena diciotto peggiorarono, gli altri o guarirono o guarirono, pero quasi tutti trovavansi nel periodo iniziale dell'affezione. Consiglia per tali viaggi una durata da sei a dodici settimane, non compresa la permanenza a bordo nelle varie stazioni. Consiglia pure l'organizzazione di navi sala-

tori per viaggi nel Mediterraneo durante l'estate, e nelle Indie ed al Capo di Buona Speranza durante l'inverno. Conclude dichiarando che in genere la cura de. a tubercolosi nei periodi iniziali è possibile in tutti i climi, ma che i più favorevoli sono quelli ad elevata altitudine, che però l'effetto del clima è insufficiente se non viene coadiuvato da un regolare trattamento in un sanatorio.

In aiuto delle sue asserzioni cita una numerosa statistica di ammalati curati con i vari metodi di cura climatica da lui esposti.

G. B.

A. PICK. — **Sull'insufficienza epatica.** — (*Wiener med. Wochenschr.*, 1889, n. 15).

Le funzioni del fegato sono: la preparazione della bile, il tenere in serbo il glicogeno, la formazione dell'urea, la disintossicazione del sangue della vena porta. Secondo gli esperimenti del Roger, negli individui affetti da malattie di fegato quest'ultima funzione è notevolmente ridotta od abolita del tutto. I sintomi clinici di un'insufficienza del fegato in atto sono:

1° Certi casi d'ittero con permeabilità delle vie biliari, in cui si tratta di disturbi funzionali delle stesse cellule epatiche. Questa paracolici è la conseguenza di uno stimolo anormale dei nervi della secrezione epatica, o di sostanze toniche circolanti nel sangue;

2° La colelitiasi, che è una conseguenza delle anomalie di secrezione;

3° Molti casi di diatesi urica, poiché nei disturbi del fegato si altera la formazione dell'urea;

4° I casi leggeri di diabete, particolarmente quelli associati ad abbondante secrezione di acido urico.

L'insufficienza del fegato può essere congenita od acquisita; in quest'ultima forma hanno gran parte l'autointossicazione del tubo intestinale, e inoltre numerose affezioni anatomiche del fegato.

La terapia consiste essenzialmente nella somministrazione degli alcalini in sostanza o sotto forma di acque minerali. Inoltre si prescriveva regime dietetico misto e si regolarizzano le funzioni intestinali.

E. T.

A. NEWMANN. — L'ematuria qual sintoma precoce della tubercolosi renale. — (*The Lancet*, n. 3960, 15 novembre 1899).

Nella tubercolosi renale l'ematuria può rappresentare un sintoma premonitore della malattia. Nelle fasi iniziali della affezione, la presenza dei bacilli tubercolari nel rene vi induce attiva congestione de l'organo e le emorrazie che vi susseguono sono analoghe a le emolisi precoci delle tubercolosi polmonare, e sono probabilmente dovute ad un ostacolo locale della circolazione sotto direttamente dal rapporto intimo del deposito tubercolare col sistema vascolare. L'autore conferma tale sua opinione mediante tre casi clinici, citando diversi casi di tubercolosi, nei quali parecchio tempo prima dell'insorgenza della tubercolosi polmonare (pericolo di tempo che talvolta fu perfino di qualche anno) si ebbero leggieri attacchi d'ematuria, accompagnata da dolore in corrispondenza or del uno or dell'altro rene, ematuria che in seguito si fece sempre più frequente e considerevole. Nelle urine di tutti questi individui era riscontrata la presenza del bacillo di Koch, e ciò parene certamente, data speciale condizione del rene, era reso meno attivo il suo potere naturale di distruggitore dei microrganismi.

G. B.

Nesti. — Le recidive della febbre tifoide. — (*La settimana medica*, 11 novembre 1899).

Non è molto tempo che ritenevasi che la febbre tifoide conferisse al malato un'immunità duratura. Ricerche moderne, più accurate e precise, dimostrarono invece che tali recidive, sebbene piuttosto rare possono aver luogo a maggiore o minor distanza dalla prima infezione. I casi più importanti e meglio osservati furono quelli citati dal Potam, dal Narboni, dal Penzinger.

L'A. esaminando e curatamente la storia di 118 casi di febbre tifoide curati in questi ultimi anni nella Clinica Medica di Firenze, ne ha trovato 10 nei quali gli ammalati deponevano per una precedente infezione tifica riscontrò cioè una percentuale di recidivi del 8,50 circa p. 100. A questi poi aggiunge un caso studiato personalmente tanto nella prima infezione tifica, quanto nella seconda, rifacendone la

storia clinica, nel quale ha speciale importanza il controllo batteriologico praticato in ambedue gli attacchi.

Un punto sul quale occorre fissar bene l'attenzione, e sul quale anche oggi non del tutto si è illuminati in patologia medica, è quello che si riferisce al valore da darsi alla parola *recidiva*. Il Potain studiò in modo completo tale questione, distinguendo la *recidiva* dalla *reiterazione* e dalla *ricaduta*. Per lui la *recidiva* è una nuova infezione che colpisce un soggetto perfettamente sano, ad una distanza di tempo più o meno lontano dal primo attacco, la *reiterazione* è al contrario legata alla prima infezione non ancora esaurita, mentre la *ricaduta* è legata a una complicazione più o meno seria. Secondo il Potain dunque ed altri autori, la *ricaduta* e la *recidiva* si differenziano sopra tutto per questo che la prima ha luogo nel periodo di convalescenza ed è legata alla prima infezione, la seconda avviene in un periodo di perfetto benessere ed è dovuta ad una nuova infezione. Non sempre però è facile questa distinzione, ed infatti qual è il tempo preciso che separa l'una forma dall'altra?; quando si può dire sicuramente che la prima infezione è del tutto esaurita? Vi sono infatti dei periodi lunghissimi di benessere pur non essendo spenta l'infezione. A queste domande non è sempre possibile rispondere in modo sicuro.

Il punto più importante della questione è quello che riguarda l'*eziologia delle recidive*. Sapendo cioè che tali forme dipendono indubbiamente dal bacillo di Eberth, si tratta di dimostrare se ogni singolo caso di recidiva si debba collegare alla prima infezione tifica o considerarlo come una nuova malattia, che ha colpito casualmente un individuo, nel quale la prima infezione si era completamente esaurita, si tratta cioè di vedere se si abbia da fare con una *autoinfezione* o con una *reinfezione*.

A questo proposito può dirsi che ormai tutti ammettono che ne le recidive si tratta di una nuova infezione da bacillo di Eberth. Potain, Remlinger sono di questo avviso. Se si pensa però che in qualche caso, dalle feci di individui sani ma soprattutto da quelle di individui che già avevano sofferto di febbre tifoide, è stato confermato il reperto del bacillo di Eberth, e se si tien conto di quella numerosa serie di casi nei quali si pote riscontrare e coltivare il bacillo tifico, localizzato in sedi molto diverse, e trovato virulento a di-

stanza grande alla guarigione della tifoide, è lecito dubitare sull'affermazione così assoluta dei predetti autori.

Indipendentemente poi dalla persistenza del bacillo tifico nell'intestino dopo la cessazione della febbre, e da notarsi che esso può essere localizzato ad altri organi e rimanere lunguissimo tempo senza perdere le sue proprietà patogene. Così ad es. sono noti i casi nei quali si ricontro il bacillo di Eberth nei gangli linfatici, nel fegato, nella milza. In questi casi vi sarebbe perfetta analogia con quanto avviene nella tubercolosi, la quale spesso è localizzata in modo tacito e subdolo per poi riprendere, anche dopo anni, il suo cammino invadente.

Concludendo, mentre vi sono casi nei quali si può in modo indubbio ammettere che la recidiva è dovuta a una nuova infezione, non si può escludere la possibilità che altre recidive possano essere legate ad un'autoinfezione, potendo i germi latenti riprendere la loro virulenza, specialmente quando intervengano speciali cause predisponenti.

Essendo ammesso dagli studi recenti che la siero-reazione di Widal è una reazione d'infezione e non d'immunità, sarebbe di speciale importanza il vedere come si comporta nei casi di recidive. Ritenuto vero il concetto della re-infezione nella ricaduta, avrebbe sommo valore il vedere se nel siero sanguigno le milate manca o no il potere agglutinante

te.

DEGIORI — Ascesso del midollo allungato da stafilococchi. — (*Gazz. med. di Torino*, 26 ottobre 1899).

Trattasi di un giovane di 16 anni, di professione fabbro-ferraio, il quale, durante il lavoro, si ferì ad un dito con la punta di un corno con esito di patericcio ungueale, e qualche giorno dopo cominciò ad avvertire dolore alla parte antero-superiore della regione mastoidea, al padiglione dell'orecchio e della metà inferiore della regione parietale del lato destro, fenomeni ai quali tennero dietro successivamente dolore ed impossibilità di eseguire i movimenti nell'articolazione della spalla destra e poi di tutto l'arto superiore corrispondente, dolori e impossibilità dei movimenti dell'arto inferiore destro, e che furono accompagnati da grande prostrazione di forze e febbre talora con brivido.

Ritornato all'ospedale, il paziente presentò: leggera paresi del fuciale inferiore di destra, paralisi flaccida di tutto l'arto superiore destro, limitazione nei movimenti dell'arto inferiore dello stesso lato, con abolizione però completa di quelli di flessione e di estensione del piede e delle dita, mobilità limitata della metà sinistra del tronco, riflessi addominali mancati, deboli i cremasterici, riflesso rotuleo esagerato a sinistra con leggero clono del piede, molto esagerato a destra.

Progressivamente andò aumentando la paralisi dell'arto inferiore destro fino ad essere completa, ed anche a sinistra si manifestarono i medesimi fatti. In seguito poi si ebbe vomito, poi difficoltà di deglutizione e di respiro e paralisi vesicale. Accentralisi sempre più i sintomi della paralisi bulbare, avvenne in breve la morte.

È da osservarsi che 2 giorni prima del decesso, fu praticata una puntura lombare alla Quincke, e che col liquido torbido estratto essendosi seminati tre tubi di agar, in due dei medesimi dopo 48 ore circa, si svilupparono colonie che presentarono tutti i caratteri dello stafilococco piogeno aureo.

Dal complesso dei sintomi era facile lo stabilire che una lesione trasversa in corrispondenza del limite inferiore del bulbo aveva interrotto ogni comunicazione fra il cervello ed il sistema nervoso periferico, come anche era facile lo stabilire che la lesione doveva essere di natura infiammatoria e che dal lato eziologico dovevano mettersi assieme la suppurazione al dito e la lesione nervosa per mezzo dell'agente patogeno svelato dall'esame batteriologico, ossia lo stafilococco piogeno aureo.

L'autopsia della regione a questo modo di vedere, mostrando l'esistenza di un ascesso situato nello spessore del midollo a fungato, specialmente nella sua metà destra, e comunicante col 4° ventricolo. Le seminazioni con questo pus diedero rigogliose colture di stafilococco.

Questo caso fu interessante sia dal lato medico, sia anche da quello medico-legale poché il paziente aveva fatto un contratto con una compagnia d'assicurazioni sugli infortuni sul lavoro, e l'ascesso causa della morte avendo avuto origine da una lesione traumatica riportata appunto durante il lavoro, il medico fu chiamato a pronunciarsi sulla dipendenza più o meno diretta da la causa della morte dal trauma.

RIVISTA CHIRURGICA



HAMILTON RUSSEL — **L'etiologia e la cura dell'ernia inguinale nei giovani** — (*The Lancet*, novembre 1899).

Come in medicina il gran numero di rimedi contro una malattia è inizio certo che nessuno di essi è rimedio sicuro, così in chirurgia la grande quantità di processi per la cura radicale dell'ernia indica che nessuno corrisponde esattamente al problema chirurgico che vuol risolvere.

L'ernia inguinale si distingue in *tunicolare*, quella cioè che proviene da mancata occlusione della parte superiore del processo vaginale, ed in quella che essere compresa l'ernia congenita, e quella quale il processo vaginale è tutto aperto; un *infantile* dovuta alla presenza di un sacco peritoneale non funicolare, ed in *acquisita*, che può essere obliqua o diretta. Quest'ultima è un'alterazione distinta dalle altre due, dipendente da un processo meccanico tutto diverso, poiché in questo il fattore primario è l'ernia, ed il sacco è formato da essa, mentre nelle due prime forme il fattore primitivo è il sacco.

Ma il principale scopo dell'autore è provare che l'ernia obliqua acquisita nei giovani non esiste in fatto, ed è una mera accidentalità.

Vuole inoltre dimostrare perché l'ernia obliqua non è mai acquisita, come l'errore di supporre sia ormai svanito, come la credenza stessa nell'ernia obliqua acquisita sia un errore che ha reso inc sicuro il fondamento delle nostre conoscenze, ed ha confuso la pratica chirurgica.

Il canale inguinale consta di due parti essenziali, il piano rigido ed immobile formato dal legamento di Poupart, e le fibre arcuate inferiori dell'obliquo interno e del trasverso che competano i limiti dell'apertura. È quindi fatto per metà da tessuto tendinoso rigido, e per metà da fibre muscolari attivamente contrattili. Quando queste ultime si contraggono, esse si raddrizzano, e discendono in posizione quasi paral-

lela al piano del canale, e quindi ne chiudono l'apertura; e dunque un canale a forma di sfintere.

La regione dell'anello interno è coperta e sostenuta dalla porzione dell'obliquo interno che si origina dal legamento di Poupart, il tendine congiunto fortifica la parte interna del canale, e tutta la regione è rafforzata dall'aponevrosi dell'obliquo esterno, ma il predominante fattore di prevenzione dell'ernia è sempre l'azione costrittiva delle fibre arcuate, che limita al di sopra il canale, nel punto in cui le fibre stesse passano per andarsi ad inserire nel tendine congiunto.

La causa immediata della produzione dell'ernia è in tutti i casi una compressione del contenuto addominale, come negli sforzi, e nell'assenza di sforzi l'ernia non si produce, perchè nell'antome in riposo v'è spazio bastante per tutti i visceri, ed è necessaria una via a tergo per la protrusione di uno di essi. Oltre a ciò, nel canale inguinale normale non v'è spazio reale, oltre quello che è occupato e riempito dal cordone spermatico. Ora la forza compressiva che tende alla produzione dell'ernia è, praticamente considerata, sempre la contrazione del sistema muscolare che include il contenuto addominale; ma questa contrazione comprende anche quella delle fibre arcuate che costituiscono lo sfintere dell'orificio inguinale.

Da ciò deriva che lo sforzo dei muscoli addominali per spingere un'ansa intestinale dentro il canale, vince se stesso, chiudendo il canale con una solidità proporzionale allo sforzo stesso eseguito dai muscoli per la fuoriuscita delle viscere, così che la pressione endoadominale è perfettamente bilanciata dalla energica contrazione dello sfintere del canale.

Ma l'ufficio di sfintere delle fibre arcuate è limitato, e non può impedire che un tubo sieroso riceva una porzione d'intestino che dal peritoneo addominale sia spinto verso lo scroto lunghesso il cordone spermatico. Ciò significa che l'ernia obliqua inguinale si produce in un giovane come risultato di un difetto di sviluppo che prende la forma di un sacco congenito, senza del quale l'ernia non avviene.

Il canale crurale al contrario è largo da ammettere la punta di un dito, e circondato da tessuti rigidi privi di struttura muscolare, ogni sforzo muscolare tende ad allargarlo, poichè il legamento di Poupart, unico suo limite capace di movimento, tende a rialzarsi per la contrazione dei muscoli che ad esso si attaccano. Guardando dall'interno dell'addome

le due regioni, si vedrà chiaramente che l'anello crurale è meno rafforzato, meno garantito contro la protrusione di un'ernia che non l'anello inguinale. Eppure, in 60 casi d'ernia operati dall'autore nei giovanetti, due soli erano casi di ernia crurale.

Ed è proprio l'ernia crurale che l'autore considera come ernia acquisita, perchè in questo caso è l'ernia che dà luogo al sacco, mentre nell'ernia inguinale è il sacco che produce l'ernia.

Pur tuttavia, l'autore divide l'opinione di Lockwood, che in casi rari si possa avere anche l'ernia inguinale acquisita, ma dev'essere ernia diretta, e non obliqua.

Infatti, è comune ne' giovanetti la maggiore o minore ampiezza del processo vaginale, ed in questi casi una tenda può sempre passare nel canale inguinale lungo il cordone spermatico, e malgrado ciò, le ernie che si formano attraverso il processo vaginale sono in proporzione minima rispetto alle altre.

È la pre-formazione del sacco quella che induce l'ernia ad introcarsi nella parte non obliterata del processo vaginale.

Se in un caso d'ernia inguinale il sacco è legato ed estricato, e non si sono prese altre precauzioni nell'operazione, se l'ernia era acquisita si riproverrà tosto; se ciò non avverrà, sarà l'indizio che la causa originale dell'ernia era il sacco preformato. Nel caso dell'ernia acquisita infatti, è necessaria la riparazione della parete posteriore del canale inguinale, come è necessaria quando l'ernia è antica ed ha prodotto alterazioni nelle pareti addominali.

L'A. ha operato 60 ernie inguinali nei fanciulli, e dopo i primi due o tre, nei quali ha seguito il metodo di Bassini, negli altri si è limitato a separare il sacco erniario dalla parte del canale e del cordone spermatico, a legarlo ed asportarlo. Eppure, non ha mai veduto in questi operati riproduzione di ernia. Non conviene quindi nei fanciulli alterare col coltello chirurgico lo sfintere naturale dell'anello inguinale, ma conviene sempre farlo nelle ernie di vecchia data degli adulti, quando la presenza dell'ernia e del cinto ha alterato sensibilmente le pareti del canale.

Però, nella sutura delle pareti del canale è secondo l'A. un errore stringere troppo i punti, perchè le fibre muscolari in essi comprese si necrotizzano, ed allora le pareti del canale si indeboliscono invece di rinforzarsi.

L'A. stabilisce quindi le due seguenti proposizioni: l'ernia inguinale nei fanciulli è sempre dovuta alla presenza di un sacco congenito, l'asportazione di questo sacco nella prima età è sufficiente cura radicale dell'ernia.

Ma nell'età avanzata si giunge ad un periodo nel quale i muscoli addominali perdono il loro vigore, l'addome diviene pendulo, e l'ernia inguinale può allora comparire. Ora fra l'ernia de' fanciulli e quella de' vecchi v'è di mezzo quella che si produce nelle prime decadi della vita. Quale significato hanno queste ernie?

S'ha dal più che le ernie dei fanciulli possono guarire competentemente con l'uso prolungato del cinto, ma cosa avviene in queste ernie apparentemente guarite? non certamente l'obliterazione del sacco, che coperto d'epiteo non può atterire internamente, e ne è testimonia Le Dran che in un gran numero di calaveri d'individui che avevano portato il cinto non trovò mai un sacco erniario obliterated. Ciò che avviene in realtà, è il restringimento del colletto del sacco per la pressione del cinto che ha scarciato il viscere erniato, e questo restringimento diviene tale da non ammettere più il passaggio di massa d'intestino od una porzione di omento. L'ernia in questo caso non è guarita, e soltanto oscurata ed il canale inguinale conserva sempre un labo peritoneale preparato ad assumere l'impollenza di ernia preformata.

E' ovvio l'incontrare ernie spontaneamente comparse in adulti e in vecchi che nella loro fanciullezza han portato il cinto, e si son ereditati guariti. E quanti fanciulli hanno avuto l'ernia e sono spontaneamente guariti senza portare il cinto?

Se si potessero riassumere tutti i casi di ernia della fanciullezza, si vedrebbe chiaramente, secondo l'A., che le ernie de' l'età adulta e della vecchiaia sono ripetizioni delle prime, cioè ernie preformate mediante un sacco.

Da ciò il principio curativo di operare sempre i fanciulli erniosi, asportando il sacco senza alterare con suture lo stiviere inguinale, e di operare gli adulti ed i vecchi rinforzando le pareti addominali col metodo Bassini.

Il metodo operativo dell'autore è il seguente.

Incisione dell'inguinale parallela al legamento di Poupart, scollamento del cordone spermatico, apertura de' suoi involucri, estrazione dallo scroto del testicolo e del sacco se è disceso nello scroto, dissezione e completa separazione del cordone referente con i suoi vasi dal sacco più in alto che e

possibile lungo il canale inguinale, legatura del sacco con catgut all'acido cromoico, escissione, rimozione del superfluo nei lucri del cordone, accurata lavatura del testicolo che si ripone nello scroto, salina sottocutanea della ferita dell'inguine con semplice crine di Firenze lasciando un mezzo pollice libero a ciascuna estremità della ferita cutanea. Applicazione di uno strato di collodion e garza sulla ferita, e quando la garza è disseccata, impacco di cotone asciutto e bendaggio.

I bambini sono quindi collocati in una doccia di Bieret, e dopo una settimana possono esserne liberati. Allora si può tirare il filo di sutura senza rimovere la garza aderente alla ferita, e dopo un altro paio di giorni i bambini possono levarsi.

Negli adulti quando il canale inguinale è abbastanza lungo, l'A. segue il consiglio di Le kwat di aprirlo e se le pareti addominali sono alterate, nella permanenza dell'ernia e del cinto, l'operazione di Bassini nel tempo scopo di correggere un errore di natura, ed un altro errore dell'arte medica profatto per mezzo del cinto. Però nelle ernie oblique e recenti degli adulti stessi, l'A. non ripete necessariamente l'opera di Bassini che è il più pericoloso, ma crede che sia sufficiente il rimuovere il sacco come nei bambini.

Ad ogni modo ogni bambino assolutamente l'uso del cinto nei bambini, che opera nel secondo anno di vita e negli adulti che opera appena comparsa l'ernia. P P

CONITZER — Sul trattamento delle fessure anali. — (*Munch. Med. Wochenschrift*, n. 3, 1899).

L'A. usa l'ittolo nella cura delle fessure anali. Nella prima medicatura la ragade fu insensibilizzata con la cocaina e vi si portò poscia in contatto l'ittolo puro per mezzo di un batuffolo di cotone. Nelle medicature successive, che furono applicate prima ogni giorno ed in seguito ogni due giorni, non si ritenne più necessaria la preventiva insensibilizzazione con la cocaina. L'A. ottenne rapidi e completi risultati in 6 casi con questo metodo di cura. E. T.

STIEDA. — Apertura della cavità addominale attraverso la piccola pelvi — (*Centralblatt für Chir.*, n. 37, 1899).

Dopo che è diventata una operazione tipica frequente nella donna quella di penetrare nella cavità addominale per la via della vagina era naturale che anche nell'uomo in casi di essudati

peritoneali o liberi o profondi si pensasse di tentare una via topograficamente simile per raggiungere il focolaio morboso. L'autore fa dapprima una rassegna critica delle diverse vie che si possono scegliere per compiere quest'operazione, come tra la vescica ed il retto, dal cavo ischio rettale, dal sacro, per poi riferire due casi della clinica di Eiselsberg nei quali un essudato purulento e acuto che raggiungeva l'ombelico fu evacuato dal perineo per la via tra la vescica e il retto con esito di guarigione. Nel primo caso la malattia si era iniziata con fenomeni peritiffici, nel secondo era decorsa con dolori colici gradatamente crescenti fino all'epoca della operazione.

In ambedue la presenza del pus fu riconosciuta per una resistenza elastica che si percepiva esplorando la parete anteriore del retto.

In entrambi i casi il paziente fu messo nella posizione della cissolomia perineale.

Con taglio arcuato condotto al dinanzi dell'ano si raggiunse la parete anteriore del retto penetrando profondamente tra lo sfintere ed il bulbo, quindi si mise a nudo la parete anteriore del retto che un assistente con due dita introdotte nell'intestino faceva sporgere in avanti, fatta quindi una puntura esplorativa si incise l'ascesso e si evacuò il pus; da ultimo, drenaggio ecc. Nel secondo caso si formò una fistola rettale che poi si chiuse spontaneamente.

Koch trattò gli accessi peritiffici dello spazio di Douglas mediante un taglio parasacrale, ma il metodo di Eiselsberg sembra meno aggressivo e quindi da preferirsi.

C. P.

WILSON. — L'aria calda contro le affezioni articolari. —
(*Centralblatt für Chir.*, n. 35, 1899).

Di fronte ai più lusinghieri pronostici che recentemente si son fatti sulla cura dell'aria assai riscaldata contro le diverse affezioni articolari merita una speciale attenzione quanto l'autore asserisce in merito di questa cura.

Egli impiego questo processo, già da due anni a questa parte ed a tale scopo adoperò l'apparato di Betz e di Lentz, di cui ci fa anche una succinta descrizione, ed a questa fa seguire una serie di pratiche proposte nell'attuazione del processo suddetto.

I migliori risultati dobbiamo riprometterci nella cura delle distorsioni delle varie articolazioni, purchè essa cura sia attuata immediatamente dopo l'accidente o in un tempo non troppo lontano. I dolori in fatti si dileguano con una rapidità sorprendente, e si può asserire che con nessuna altra cura si riesce a restituire al paziente la sua abilità al lavoro.

All'incontro si resta completamente disillusi impiegando il metodo in casi di acuta o cronica gotta e di affezioni articolari reumatiche.

Wilson a questo proposito confessa che non solo egli non riuscì a mitigare i dolori, ma anzi non poté a meno di riconoscere in alcuni casi che i dolori si acutizzarono sotto l'azione dell'aria riscaldata. Invece si può sperar meglio quando trattasi di presenza di liquido nella articolazione. Sembra che in questi ultimi casi le sedute più frequenti con debole riscaldamento d'aria sieno da preferirsi alle numerose applicazioni con aria a temperatura molto elevata. Inoltre il metodo è molto raccomandabile nel trattamento delle anchilosi per aderenze connettivali. Queste si dissolvono assai rapidamente e permettono di attuare presto la terapia meccanica.

C. P.

L'escisione del simpatico. — (*Medical Record*, agosto 1899)

Devesi purtroppo convenire che sino ad ora il trattamento dell'epilessia, della malattia di Groves e di altri disturbi, nei quali sembra che il sistema simpatico abbia molta parte, è in una condizione poco soddisfacente. La patologia esatta del morbo di Basedow non si conosce — negli studi dell'epilessia appaiono continuamente nuove vedute, che ci obbligano a conclusioni sconsolanti e quindi il trattamento è sempre incerto ed empirico. Ionesco di Bukarest ha recentemente pubblicato i risultati dei suoi esperimenti nel trattare l'epilessia e il gozzo esofalmico in una maniera nuova e veramente interessante. Egli è partito dal convincimento che il simpatico cervicale sia responsabile di un gran numero di sintomi di queste malattie e conseguentemente ha cercato di rimuovere i gangli da una o dalle due parti e, a quanto assicura, con risultati incoraggianti. Egli ha finora operato 40 epilettici, dei quali ha potuto seguirne 19, e fra questi, 10 rimasero liberi dalle convulsioni per un periodo variabile da 6 mesi a 2 anni, altri 6 migliorarono e solo 3 non risentirono van-

taggio. Opero pure 10 casi di malattia di Groves, e di questi egli ne classifica 6 come guariti e 4 come migliorati. Alcuni buoni risultati ha ottenuto anche nella cura del glaucoma fatta collo stesso trattamento.

Ove si consideri che molti dei sintomi di epilessia sono dovuti a una disturba o perversa circolazione corticale, con tutte le irregolarità trofiche e metaboliche necessariamente conseguenti, è possibile spiegarci i benefici risultati dell'estirpazione del sistema cervicale simpatico, avendo presenti gli effetti fisiologici della rimozione di questi nervi.

Segue alla recisione del simpatico una pronta e marcata congestione cerebrale e quindi un aumentato metabolismo nelle cellule cerebrali. Se l'epilessia è di origine periferica, ossia da qualche causa viscerale, il cammino dell'irritazione fino al cervello è spezzato ed è così che il successo trova in parte la sua spiegazione. Nei casi di gozzo esaltatico l'operazione sembra agire costringendo il cuore da qua che stimolo anormale, nei tempi stesso che libera i vasi della testa da un'influenza costantemente attiva, ma occasionalmente irregolare e vasocostrittiva. Jones lo afferma che l'esaltismo sparisce improvvisamente e che si attiva nella ghiandola tiroidea un'alterazione sclerotizzante, mentre il soggetto inizia subito un miglioramento che va rapidamente progredendo.

L'operazione non presenta alcuna difficoltà chirurgica e nessun pericolo. I benefici maggiori debbono naturalmente aspettarsi nella epilessia idiopatica anziché nella varietà traumatica, nella quale le convulsioni derivano da una lesione più o meno grave della corteccia cerebrale. È un problema arduo nel quale ancora la vera soluzione è da farsi: in ogni modo il campo è aperto a nuove investigazioni, che e' la augurarsi vengano coronate dal più completo successo.

c. f.

DOLLINGER. — Trattamento ambulante delle fratture delle estremità inferiori. — (Centralblatt für Chir., n. 35).

Sotto questo titolo Dollinger pubblica una interessante relazione su 110 casi di fratture delle estremità inferiori (70 della gamba e 20 della coscia) trattate col metodo suincolato. L'apparecchio, se non lo controindicavano speciali complicazioni come stravasi articolari, era applicato in primo tempo, e consisteva esclusivamente in fascie gessate senza la successiva

applicazione della colliglia. Le prove della decompressione erano iniziate appena l'apparecchio si era dentato. Nelle fratture complicate, ben s'intende, l'apparecchio non veniva applicato se non quando era assolutamente allontanato ogni pericolo di complicazione per parte delle ferite. In quanto al rinnovare l'apparecchio, l'autore vi procedeva in ultimo tempo solo quando il primo apparecchio esercitava pressione, oppure quando all'epoca della prima applicazione esisteva un grande stravaso sanguigno. Di 70 fratture della gamba ne guarirono 51, delle 40 fratture di femore ne guarirono 31 con un solo apparecchio. Per attenuare gli scottimenti delle estremità fratturate, si appoggiava sempre sotto il piede uno strato di ovatta di tre centimetri, le cosce non erano mai appoggiate sulla pelle a nudo, ma bensì sopra un sottile strato di ovatta di Brion.

Nelle fratture nei tre terzi inferiori della gamba usa l'autore anche ad alcuni pazienti anche il suo stivacetto a ferula di sua invenzione, però ora modificato, il quale consiste in una scarpa a lacciuoli ed in sembianza di cuoio per la gamba, i due pezzi sono riuniti con un paio di ferule di acciaio. Questi stivacetti a ferula vengono confezionati volta per volta per ogni singolo caso sopra uno letto di gesso.

Nelle fratture oramai con forte accorciamento l'apparecchio viene applicato con trazione a pulegge, e precisamente in modo che capprina sopra posta una fasciatura che raggiunge soltanto l'altezza della frattura, dopo indurita questa prima porzione dell'apparecchio, continuando la trazione a pulegge, si raggiunge la parte superiore dell'apparecchio stesso.

Nelle fratture della gamba in alto l'apparecchio si fa ascendere sino alla terza o quarta costola, parimenti con trazione a pulegge quando vi è forte accorciamento.

L'apparecchio per la gamba per regola viene rimosso alla fine della sesta settimana.

Riguardo alle fratture del femore l'apparecchio si applica egualmente in due tempi e precisamente sotto trazione di un apparato a pulegge a pulegge sopra il ginocchio. La prima parte dell'apparecchio raggiunge la metà della coscia, la seconda la porzione inferiore della parte superiore della coscia ed il bacino. I risultati ottenuti in questo modo sono assai favorevoli giacchè nove fratture di coscia guarirono senza accorciamento, nove guarirono con un accorciamento tutto al più di 1 centimetro e cinque con accorciamenti di 2-2 1/2 cent. In un solo caso l'accorciamento fu di 3 centimetri. C. P.

PETERSON — Trapiantazione periferica di un nervo
— (*Centralb. für Chir.*, n. 29, 1899).

Un giovane di 25 anni ebbe troncato da una sega circolare i tendini del lato ulnare della regione radio-carpica unitamente all'arteria e nervo ulnare e nervo mediano. Sei mesi dopo l'incidente Peterson denudò, previa l'ischemia artificiale, le estremità degenerate dei nervi recisi. Dopo la resezione delle medesime l'intervallo fra i due monconi risultava di 3 centimetri e mezzo, e per riunirli Peterson interpose fra essi un pezzo di nervo ispiato di un giovane cane. Le ferite suppurarono superficialmente. Il risultato finale fu, per quanto riguarda la sensibilità, eccellente, ma la motilità restò molto compromessa.

Dalla sua propria osservazione come pure da 20 osservazioni di casi analoghi registrati nella letteratura, l'autore conclude:

1. La trapiantazione di un pezzo di nervo nel modo indicato è una operazione giustificata;

2. Date certe condizioni favorevoli possono ristabilirsi o parzialmente od anche totalmente la sensibilità e la motilità;

3. La rigenerazione ha luogo per un prolungamento in basso del cilindro asse del moncone centrale;

4. La sensibilità per regola ritorna più presto della motilità;

5. In certi casi la comparsa molto sollecita della motilità è da attribuirsi a movimenti vivaci di altri muscoli e non a rigenerazione dei muscoli paralizzati

C. P.

SNICH. — Aneurisma per colpo d'arma da fuoco, embolia cerebrale, emorragia secondaria-guarigione — (*Centralb. für Chir.*, n. 29, 1899)

L'aneurisma era avvenuto per lesione d'arma da fuoco nell'arteria ascellare, in causa della sua rottura vi si era aggruppato un grande ematoma arterioso retro-ascellare in comunicazione con quell'aneurisma. Il proiettile aveva leso oltre l'arteria ascellare anche il nervo mediano. Si formò trombo di cui una porzione penetrò nell'arteria axonima. Pur tuttavia i fenomeni della trombosi come perfrigerazione, pallore e paralisi del braccio corrispondente si dissolgarono ben presto. Interessante ancora in questo caso fu il fatto della comparsa

di sintomi apoplettici con emiplegia del lato opposto alla lesione, emiplegia prodotta senza dubbio da embolia dell'arteria silviana per penetrazione di una porzione del trombo. Ma anche questi fenomeni in gran parte scomparvero con rapidità.

L'operazione dapprima si eseguì mettendosi a nudo l'arteria succlavia e circondandola con un nodo aperto di kalgut, quindi si allacciò l'arteria ascellare sopra e sotto il piccolo aneurisma, con che tanto l'aneurisma come l'ematoma diffuso si appassirono. Guarigione per prima. Venti giorni dopo l'operazione comparvero ripetutamente emorragie secondarie in corrispondenza all'ematoma le quali non cessarono ne colla legatura della succlavia al di fuori degli scemi, né all'arteria ascellare al di sopra del primo laccio centrale, e solo cedettero dopo all'arteria ascellare sotto la clavicola e sopra il muscolo grande pettorale in mezzo alle arterie toraciche, essendosi così intercettata la corrente sanguigna che proveniva dall'arteria toraco-acromiale e che andava ad alimentare l'ematoma e l'aneurisma.

È degno di nota in questo caso il fatto di completa guarigione, senza gangrena, non ostante le molteplici legature praticate e non ostante le estese fasciature praticate alla spalla.

C. P.

KISNETZOFF — **Sui flemmoni lignei del collo.** — (*Centralb. für Chir.*, n. 30, 1899).

I flemmoni lignei del collo rappresentano, secondo Reclus, una particolare ma non specifica forma di un processo infiammatorio cronico il quale può essere provocato da diverse specie di batterii.

Questi flemmoni invadono principalmente quelle ghiandole del collo le quali ricevono la materia infettiva dalla bocca, dal naso e dalla faringe. Il decorso particolarmente lento, senza febbre e senza dolore di queste infiammazioni è dovuto secondo Guérin alla virulenza indebolita dei microrganismi infettanti, forse anche ad una ripetuta penetrazione del veleno nelle ghiandole linfathe. Fu imposto da Reclus il nome di flemmone ligneo alla malattia, perchè l'infiltrazione della pelle e della muscolatura impartisce a quei tessuti una durezza simile a quella del legno. La pelle inoltre assume un colore rosso violetto. Perciò questo processo si presta

molto colle sue apparenze ad essere scambiato con tumori maligni.

Ai casi pubblicati da Reclus l'autore ne aggiunge uno nuovo illustrato da una estesa storia clinica. In questo caso esistevano nel pus pochi batteri, streptococco e bacillo proteo. La virulenza dello streptococco era diminuita.

L'autore conchiude augurandosi di vedere in avvenire altre pubblicazioni su questa forma morbosa certamente interessantissima, sulla cui natura i reperti batteriologici daranno nuovi e più certi responsi. C. P.

RICCHI — Le ferite d'arma da fuoco del pericardio —
(*Centralblatt für Chir.*, n. 33, 1899).

Si danno ferite d'arma da fuoco che interessano soltanto il pericardio senza comparsa di emorragia nel muscolo cardiaco. In tali casi riesce a riunire tutti i casi sparsi nella letteratura o accennati o presunti a questo genere di ferite, non accetta come sicuri se non quelli nei quali l'autopsia dopo morte o il reperto operatorio hanno messo in evidenza sicuramente lo strico ed i caratteri della lesione, e per lo meglio tutti gli altri in apposita rubrica colla denominazione di casi probabili. Trattando della cura operatoria, e quindi delle necessità e del rimando anatomicotopografico, si vede che specialmente il modo di attacco della pleura alle cartilagini costali ed allo sterno è variabile nei diversi individui. Il punto cardinale per le operazioni sul pericardio sta naturalmente nell'evitare la lesione della pleura col e sue spaventevoli conseguenze. Secondo l'opinione di Waldeyer la puntura del pericardio, in condizioni normali, non potrebbe farsi senza lesione della pleura attraverso le parti molli della parete toracica anteriore. Se si vuol sicuramente risparmiare la pleura nel fare la paracentesi del pericardio, il processo più conveniente sarebbe di trapanare in un punto a sinistra sulla porzione inferiore del corpo dello sterno, oppure di rescuare la sesta e la settima cartilagine costale. In condizioni anormali in cui i versamenti e processi infiammatori inducono alterazioni d'area, questi precetti vanno modificati a seconda dei casi.

L'autore, ai casi registrati nelle storie cliniche, ne aggiunge uno di sua pratica personale e che egli porò a guarigione mediante atto operatorio. La febbre e l'abnorme

aumento dell'essudato pericardico lo indussero nella necessità di dilatare la ferita del pericardio, la quale era stata prodotta da un proiettile di revolver di 7 mm., di dar esito all'essudato e di praticare il tamponamento.

La sintomatologia di questa lesione non offre gran che di caratteristico. Tra i sintomi il più degno di nota sarebbe l'ingrandimento dell'area d'ottusità cardiaca oppure la sostituzione a questa di una corrispondente zona a suono timpanico, ma anche questi segni non si differenziano sostanzialmente da quelli delle infiammazioni e versamenti pericardiaci.

La terapia deve essere aspettante anche nella pericardite; soltanto quando l'essudato esercita compressione sul cuore o vi è il sospetto di raccolta purulenta, sarà giustificata l'operazione che consiste nell'incidere il pericardio. In questo caso il foro di entrata del proiettile deve esser compreso nella ferita operatoria. Quest'ultima deve poi tener aperta allo scopo di assicurarne all'essudato un continuo e libero deflusso.

C. P.

COHN. — Ulteriori studi sulle escare dei caustici. —
(*Centralb. für Chir.*, n. 30, 1899).

Già da qualche tempo il Cohn aveva con pubblicazioni diverse fatto noto come le escare di tessuti mortificati e causticati abbiano il potere di proteggere le piaghe da una infezione di batteri patogeni. Per mezzo di altre ricerche egli tentò ora di determinare se le escare di caustico possono pure proteggere le piaghe da infezione quando sono prodotte anziché dai caustici solidi, dalle stesse sostanze in soluzione.

L'autore infettò dapprima dei conigli all'orecchio col bacillo del colera dei polli. Sulla ferita fatta di recente su diversi conigli prima che avvenisse l'infezione furono applicati individualmente sostanze diverse, cioè soluzioni al 10% di pietra infernale, soluzione al 10% di solfato di rame, sesquicloruro di ferro liquido concentrato e finalmente lattato d'argento in soluzione di 1:15. Questi esperimenti han dimostrato che tutte le escare, eccettuata quella di lattato di argento, hanno protetta la ferita dall'infezione. Il solfato di rame e il sesquicloruro di ferro liquido furono anche sperimentati col bacillo del carbonchio e col bacillo di Löffler. I risultati condussero a concludere che le anzidette escare

sono da considerarsi come altrettanti mezzi protettivi, capaci di impedire anche nelle operazioni la diffusione di germi infettivi alle ferite recenti.

Ulteriori esperimenti sull'uomo devono farci vedere se a quali effetti possiamo ottenere nella pratica terapeutica, dal trattamento colle escare. Benché la pietra infernale sorpassi di molto in efficacia tutti gli altri mezzi esecutivi tuttavia l'autore ne sconsiglia l'uso per le ferite della tracheotomia perché gli esperimenti fatti sugli animali con queste sostanze gli avrebbero fatto riconoscere che tracce della medesima pervengono nelle vie aeree e così possono cagionare la morte. In questo caso si dovrebbe produrre l'escara col solfato di rame e col sesquicloruro di ferro. C. P.

H. BRAAT. — Il formolo nella cura delle sinusiti e dell'otorrea fetida. — (*La Semaine médicale*, n. 44, 1899).

Secondo le esperienze dell'A. le lavature quotidiane del seno nasale con una soluzione di aldeide formica all'1 p. 1000 costituirebbero un buon mezzo per ottenere la guarigione dell'empiema di questa cavità. Però tali iniezioni devono essere fatte in modo da evitare la penetrazione del liquido nello stomaco, che potrebbe dar luogo a gravi fenomeni di avvelenamento.

L'A. ricorre pure con buon esito all'aldeide formica contro l'otorrea fetida.

Siccome le instillazioni di questa sostanza nell'orecchio sono molto dolorose, egli vi associa la cocaina. Ecco la sua formola:

Formaldeide 50 centigr. — 1 grammo.

Cloridrato di cocaina 25 centigr.

Acqua distillata 25 grammi.

E. T.

KARAJAN. — Un caso di poliposi intestinale con esito di guarigione. — (*Wien. klin. Wuchensch.*, n. 9, 1899)

Il caso in parola riguarda un giovane di 23 anni il quale da circa sei mesi andava soggetto a intensi dolori addominali, a vomiti e ad irregolarità nella defecazione: egli stesso aveva osservato una tumefazione di forma cilindrica allungata dell'addome al disotto dell'ombelico e poteva palpare

attraverso alle pareti, in più punti, dei tumori bernoccoluti. Gli accessi si fecero sempre più frequenti e gravi, per cui fu costretto a ricorrere nella clinica di A. bert, dove si constatò un discreto meteorismo, ed a sinistra dell'ombelico, un'ansa intestinale tumefatta. Dopo l'applicazione di un enteroclisma, si ebbe scarica alvina dopo la quale si ebbe alliosciamento dell'ansa suddetta. In seguito, se non si ricorreva agli enteroclistmi, non si verificavano scariche di ventre e l'ansa rigonfia si faceva di nuovo manifesta.

Alla laparotomia si constatò in un'ansa del tenue un'invaginazione leggera e facilmente riducibile, che era costituita da un polipo. Nelle anse più alte del tenue si riuscì a sentire altri 8 polipi di volume maggiore. L'intestino fu inciso in cinque punti ed i polipi più grossi vennero esportati, mentre gli altri più piccoli, assai numerosi che si erano resi manifesti all'apertura dell'intestino, si dovettero lasciare in posto. L'ammalato migliorò rapidamente, e dopo un anno dall'operazione egli non aveva risentito ancora alcun disturbo da parte dei polipi rimasti.

Il caso è specialmente interessante per il fatto che la localizzazione predominante dei polipi nell'intestino tenue è tutt'affatto eccezionale.

E. T.

A. DE MARSI. — Gastrotomia per divulsione strumentale del cardias — (*Supplemento al Policlinico*, n. 50, 14 ottobre 1899).

L'autore narra di una signora affetta la stenosi dell'ultima porzione dell'esofago in seguito ad alterazioni delle pareti dello stesso causate da ingestione di notevole quantità di acido solforico (circa mezzo bicchiere) avvenuta cinque mesi prima. L'ammalata in seguito all'assoluta impossibilità di passare qualsiasi sonda attraverso l'esofago era in preda ad uno spaventevole deperimento organico. Essendo impossibile la esofagotomia esterna, e ciò per la sede dello stringimento, come ultima ratio, l'autore si decise per la divulsione strumentale del cardias e dell'ultima porzione dell'esofago, col classico processo del prof. Loreta, introducendo il divulsore sulla guida del dito, facendolo passare attraverso cardias ed esofago, ed aprendolo e chiudendolo successivamente più volte, estraendolo sempre a branche divaricate. Quindi prima di chiudere

la ferita stomacale una grossa sonda introdotta per essa venne estratta dalla bocca. L'ammalata guarì per prima intenzione in 15 giorni, si alzò e bevette latte sterilizzato dal secondo giorno dopo l'operazione. In seguito mangiò di tutto e per qualche tempo non ebbe che il disturbo di farsi passare la sonda una volta al mese. L'autore conclude che nelle stenosi del cardias che si presentano insuperabili dall'alto, s'impone di necessità la divulsione strumentale del cardias previa gastrotomia, cui seguirà il passaggio discontinuo delle sonde.

G. B

L. FORNACA — Sulla cura meccanica degli edemi — (*Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 10 novembre 1899).

Premesso come spesso gli ordinari mezzi terapeutici, riescano inefficaci nella cura degli edemi, siano essi provocati da malattia di cuore allo stato di scompenso o da nefrite, l'autore passa in esame i vari metodi di cura meccanica degli stessi. Tali metodi in genere presentansi scevri d'inconvenienti, pronti negli effetti, non instabili, di facile attuazione. Il drenaggio sottocutaneo coi piccoli tubi di Southey è il metodo di scelta consigliato dal professor Bozzolo, nella cui clinica l'autore è assistente, e di questo metodo egli consiglia una semplice modificazione, che servirebbe a rendere più pronta ed efficace e perfettamente innocua la disedemizzazione.

L'autore pertanto usa delle cannule di Southey, di volume alquanto maggiore delle ordinarie (un millimetro e mezzo con una lunghezza di tre centimetri), il rigonfiamento sferoidale alla loro estremità è più grande di quello delle cannule ordinarie onde poter unire ad esso in modo sicuro ed ermetico il tubo di gomma. Usa dei tubi di gomma del diametro interno di due millimetri ed esterno di cinque, talchè praticando il vuoto, le loro pareti non si avvicinano chiudendo il lume vasale. Usa ordinariamente quattro tubi lunghi da 60 ad 80 centimetri incrociati in modo preciso a quattro branche metalliche che si riuniscono in una sola cannula lunga 45 millimetri da innestarsi all'apparecchio aspiratore del Potain.

Previo disinfezione accurata della cute, infisse le cannule tre quarti nel tessuto cellulare sottocutaneo, innestati a queste

i tubi di gomma, fatto il vuoto nella bottiglia dell'apparecchio aspiratore del Potain, apre il rubinetto che unisce questa alla cannula collettrice, e tosto il liquido dell'edema si raccoglie con una certa celerità nella bottiglia in modo da poterne avere circa un litro nello spazio di mezz'ora. Mancando il deflusso, questo si può riattivare rifacendo il vuoto. Così l'autore raccolse circa tre litri di liquido senza smuovere la cannula. Le piccole ferite che risultano sulla cute, dopo tolte le cannule, vengono medicate con un semplice batuffolo di cotone imbevuto di collodion.

L'operazione si può ripetere più volte senza fastidio e senza pericolo del malato. Tale trattamento riuscì specialmente giovevole nei casi gravi, nei quali era necessario diminuire rapidamente le resistenze che ostacolavano il cuore nel suo lavoro ed eliminare direttamente dall'organismo dei prodotti regressivi pericolosi, rilevando così la funzione del cuore e dei reni.

G. B.

M. THIRIAR. — Dell'impiego dell'ossigeno in chirurgia (acqua ossigenata e gas ossigeno). — (*La Semaine médicale*, 29 novembre 1899).

L'autore studiò il potere dell'ossigeno nascente in un gran numero di casi, e volta per volta in una serie di malattie infettive.

Così ebbe a rilevare come nella *setticemia gassosa*, che frequentemente è dovuta ad un microbo anaerobio, il vibrione settico sia sensibile all'azione dell'ossigeno. In tale affezione ribelle agli ordinari mezzi curativi, le insufflazioni di ossigeno ad alta pressione, praticate sui tessuti, associate al trattamento della piaga con acqua ossigenata, hanno dato splendidi risultati. Così pure il bacillo del Nicolaïev, esso pure anaerobio, viene efficacemente combattuto mediante l'applicazione di tale trattamento, purché lo si faccia prima dell'apparizione del trisma tetanico. Così pure sembra che il bacillo della risipela (di Fehleisen) si lasci favorevolmente influenzare da tale medicazione. Invece nella tubercolosi chirurgica, il trattamento in parole, invece di produrre favorevoli risultati, spesso ebbe a determinare un certo aggravamento delle condizioni generali e locali, soltanto fece eccezione una peritonite tubercolare con ascite, nella quale praticata la lapa-

rotomia, ed insufflato dell'ossigeno ad alta pressione nel peritoneo, s'ebbe una completa guarigione. Nei flemmoni e palarecci s'ebbero pure splendidi risultati. Nelle ulcere fetide trattate con l'acqua ossigenata, l'odore caratteristico scomparve bentosto, e la stessa cachessia septicemica ebbe alquanto ad arrestarsi. In complesso, secondo l'autore, l'ossigeno e l'acqua ossigenata, si dimostrarono antisettici di primissimo ordine, superiori a quelli impiegati ordinariamente, avendo per di più il vantaggio di esser inodori e di non possedere proprietà tossiche. Sarebbero particolarmente indicati nelle affezioni chirurgiche dovute a microbi anaerobi e nelle infezioni miste.

G. B.

F. PRUDER. — Disturbi psichici dopo le operazioni sull'apofisi mastoidea. — (*Arch. für Ohrenheilk.*, 46 B d., S. 101).

L'A. riferisce due osservazioni in cui al termine d'una operazione sull'apofisi mastoidea, per la quale si era adoperato lo scalpello, insorsero disturbi psichici, senza tuttavia poter sostenere in modo assoluto che l'operazione ne fosse la causa esclusiva. Nel primo caso (individuo di 37 anni) si trattava di semplice confusione intellettuale senza allucinazioni con passaggio alla demenza. V'era predisposizione acquisita per lungo uso di alcool, per età avanzata ed esistevano sintomi di debolezza simile sia fisica che psichica.

Nel secondo caso (individuo di 63 anni), il disturbo intellettuale era associato ad una forma spiecialmente ipocondriaca.

L'A. osserva che la possibilità della comparsa di alterazioni psichiche non debba mai costituire una controindicazione all'intervento chirurgico.

E. I.

NELATON. — Resezione dell'anca nelle coxiti. — (*La Semaine médicale*, 29 novembre 1899).

Generalmente non praticasi la resezione dell'anca nelle coxiti, ma i chirurghi ordinariamente si accontentano di un trattamento conservativo. In due casi l'autore praticò la resezione dell'anca per coxalgia suppurata, ed i risultati otte-

nuti furono tali da far credere essere tal metodo efficacissimo in simili casi. Nel primo caso trattavasi di una donna di ventotto anni, che per due anni di seguito era stata trattata senza successo con gli ordinari metod. curativi. L'autore pratico la resezione coxo-femorale asportando inoltre un tratto d'osso l'arco grande come un pugno; la malata guarì completamente, ed oggi cammina molto meglio di ciò che si potesse sperare impiegandosi qualsiasi altro metodo di cura. Nel secondo caso trattavasi di un ragazzo di quindici anni pur esso operato di resezione coxo-femorale, e guarito nello spazio di tre mesi, con anchilosi. Se si paragona il risultato ottenuto in questi due malati con la resezione, a quello che danno gli ordinari metod. conservativi che così spesso lasciano accorciamenti tanto considerevoli, si è autorizzati a credere che la resezione dell'anca costituisce un ottimo processo nella cura radicale delle coxiti suppurate. Naturalmente tal processo è da applicarsi soltanto agli adulti ed agli adolescenti.

G B

BERNDT. — Sull'applicazione dell'anestesia locale nelle grandi operazioni delle estremità. (*Munch med. Wochenschr.*, 1899 n. 27).

L'A. ha eseguita un'amputazione alla Grille e l'incisione di un grave flemmone dell'avambraccio, sotto l'influenza dell'anestesia locale, ed afferma che il solo dolore avvertito dai pazienti fu la torsione del tubo emostatico.

Poco prima dell'operazione, si sciolsero 4-5 centgr. di cocaina in una certa quantità di soluzione fisiologica di cloruro di sodio, corrispondente al volume dell'arto (non più di 60 c.c. di liquido), e la si iniettò nelle vicinanze del tronco nervoso; e cioè, nel primo caso, l'iniezione interessò l'ischiatrico, il peroniero ed il safeno; nel secondo, il radiale ed il mediano. Dopo mezz'ora si era ottenuta una completa anestesia.

Per diminuire l'azione dolorosa di pressione esercitata dal tubo emostatico, l'A. raccomanda di impiegare una fascia possibilmente molto larga.

E. T.

RIVISTA DI OCULISTICA



HENRY CALEY. — **Sugli ottotipi.** — (Comunicazione fatta alla 67ª riunione annuale dell'Associazione medica britannica in Portsmouth. *Brit. Med. Journ.*, 23 settembre 1899).

Il Caley, che è Deputy-Surgeon general in ritiro, dice che l'argomento degli ottotipi implica due questioni importanti: la 1ª se il grado di acutezza visiva dato dagli ottotipi sia sufficiente per le esigenze dei pubblici servizi; la 2ª se gli ottotipi stessi siano tali da dare affidamento che il *minimum* richiesto dai regolamenti sia raggiunto.

Sarebbe ottima cosa che tutti gli uomini appartenenti all'armata ed all'esercito fossero dotati di vista normale, ma ciò forse è quasi impossibile a causa del numero di cui han bisogno i moderni eserciti.

Nell'esercito inglese l'acutezza visiva richiesta nelle reclute è tale che esse debbono con ciascun occhio separatamente veder distintamente i punti rotondi (Snellen) del diametro di $\frac{1}{8}$ di pollice a 10 piedi di distanza. Con tale vista si può percepire il bersaglio di 3 piedi di diametro a 600 yards (circa 552 m.). L'ottotipo a punti corrisponde alle lettere di Snellen $D = 24$ a 6 metri. Con vista normale i punti dovrebbero essere visti a 13 piedi sicché l'acutezza visiva richiesta dalle reclute eguaglia $\frac{1}{3}$ della normale. Questo stato corrisponde secondo le accertate osservazioni di sir. T. Longmore, ad una miopia di 1,76 diottrie. Per alcune categorie di militari, come scrivani ecc., e per la milizia si richiede che il detto ottotipo a punti sia visto alla distanza di 5 piedi, sicché un uomo è dichiarato idoneo con una miopia di circa 3,5 diottrie. Un individuo con miopia di 1,75 diottrie non può, senza lenti, vedere al di là di 2 o 3 piedi, egli non può riconoscere la figura d'un uomo a 6 yards (circa 5,52 m.) invece che a 40 (circa 37 m.) egli non può discernere una persona che a 400 yards invece di 1000 o 1200 alla qual distanza lo farebbe uno con vista normale e non può vedere un uomo montato (in movimento) di là da 700 yards (circa 644 m.) invece che a 2000

(circa 1840 m.) Una facoltà visiva così ridotta poteva esser sufficiente nei tempi andati ma non lo è più ora coi fucili moderni, che hanno una sì grande gittata, i quali diventano così un'arma inutile di là da 400 yards (circa 368 m.). Spetta ai tecnici il decidere se sia conveniente aver soldati con acutezza visiva eguale ad $\frac{1}{4}$ della normale. Il Caley stima che il grado di essa debba essere aumentato. È chiaro che l'aumento dell'acutezza visiva importa la diminuzione delle reclute, ma non cade dubbio che soldati col *minimum* ora richiesto non possono efficacemente far uso dei moderni fucili. Devesi aggiungere che la diminuzione della vista in atto è aumentata dalla nebbia, pioggia, polvere e dal fumo, nonché dall'abbassamento della luce come nell'ora del crepuscolo in queste condizioni il miope è addirittura cieco. Per fortuna le reclute hanno un visus di gran lungo superiore al minimo richiesto, sicché l'aumento di esso non produrrebbe che ben poche perdite.

Gli ottolipi hanno di mira principalmente la miopia e non se ne usa alcun altro per svelare il daltonismo e l'ipermetropia ma per soldati in quadrati l'ipermetropia è molto meno pericolosa della miopia.

Per gli ufficiali, inclusi i medici, il regolamento prescrive che il candidato debba leggere con ciascun occhio separatamente e senza il soccorso di lenti l'ottolipo Snellen $D = 6$ a 6 metri e quello piccolo $D = 0,6$ alla distanza cui lo pone il candidato stesso. Se non può far ciò egli è dichiarato idoneo (*fit*) se può leggere con ciascun occhio e senza lenti l'ottolipo $D = 24$ a 6 metri e quello piccolo $D = 0,8$ alla distanza scelta dal candidato purché con lenti correttive il visus in un occhio sia ricondotto a $\frac{5}{8}$ e a $\frac{5}{12}$ nell'altro. Il Caley non è punto fautore dell'uso degli occhiali già ammesso in molti eserciti europei. A parte che non ne esiste l'abitudine nell'esercito inglese, un uomo che abbia gli occhiali annebbiati e che non possa pulirli o da considerarsi come cieco.

G. G.

LACHLAU GRAUNT. — **Tubercolosi e sifilide dell'occhio** —
(*The Lancet*, luglio 1899).

Sopra 2100 malati d'occhi che vennero sotto la sua osservazione in questi ultimi anni non uno fu positivamente diagnosticato come dipendente dall'azione del bacillo tubercolare.

Ebbe dei casi che classificò come scrofolosi, ma questo termine fu dato in via generale trattandosi d'individui di aspetto malaticcio, con apparente tendenza alla tisi, senza però che in nessun modo fosse dimostrata la presenza del bacillo tubercolare, in due casi gli sorse veramente il dubbio che la malattia fosse dovuta a tubercolosi, ma le più accurate ricerche non ne provarono tale fattore etiologico. Dalle sue osservazioni insomma è tratto a concludere che il potere di resistenza degli occhi all'invasione del bacillo tubercolare sia molto maggiore di quello degli altri organi.

E quali le cause di questa immunità? Non l'assenza dell'agente infettivo, poichè abbondando esso nell'aria può facilmente venire in contatto della superficie esterna dell'occhio: non l'assenza di cause locali predisponenti, perchè l'occhio è uno degli organi più soggetti a traumi e ad affezioni infiammatorie e catarrali, che, come è noto, predispongono a le malattie tubercolari. Egli ritiene che siano fattori importanti di tale immunità: l'esposizione continua dell'occhio alla viva luce solare, tanto contraria allo sviluppo del bacillo; la rinnovazione frequente dell'aria, che ne mantiene la temperatura alquanto più bassa di quella degli altri organi; il movimento continuo degli occhi e delle palpebre, le secrezioni congiuntivali e lacrimali, cui da taluni è stato riconosciuto un potere battericida, e finalmente la stessa costituzione istologica dei tessuti oculari. Secondo Metchnikoff e i suoi seguaci l'organo visivo possederebbe un'altra linea di difesa, la più efficace, secondo loro, contro i batteri, e cioè la distruzione fagocitica del bacillo per opera dei leucociti e delle cellule connettivali.

L'A. fa pure un raffronto tra i casi abbastanza frequenti di tubercolosi laringea, e quelli di tubercolosi della faringe, dimostrando come quest'ultimo organo abbia qualche punto di rassomiglianza cogli occhi, e quindi molti dei mezzi di difesa già accennati sono anche per essa valevoli, mentre la laringe, tanto per la sua costruzione, che per la sua ubicazione, si presta all'annidamento e al conseguente sviluppo del bacillo tubercolare.

In evidente contrasto con questa apparente immunità dell'occhio per la tubercolosi sta la grande frequenza col quale esso è affetto dalla sifilide. Nella serie di casi da lui osservati, 37 erano indubbiamente in dipendenza di sifilide congenita o acquisita, 10 cheratiti interstiziali, 9 iriti, 9 co-

roiditi, ma oltre questi, diagnosticati con sicurezza, ve n'erano molti altri dovuti probabilmente alla stessa causa. Il microrganismo della sifilide, al contrario di quello della tubercolosi, è incapace di produrre la malattia per la via aerea, ma è molto più contagioso e le infezioni accidentali sono frequentissime, bastando, non solo il virus, ma una piccola quantità di siero o di sangue venuta fuori da un sifilitico, per riprodurre la malattia completa in un'altra persona. Sotto l'aspetto ereditario le due malattie differiscono perchè il virus sifilitico viene trasmesso col lo sperma al momento della concezione, e, più tardi, per la via della placenta, e ciò a differenza della tubercolosi, per la quale si eredita piuttosto la disposizione. È facile quindi arguire come, avvenuta l'infezione sifilitica, il virus non rimanga localizzato a somiglianza di quello tubercolare, ma circoli invariabilmente attraverso tutto il sistema e arrivi sino all'occhio. E questa è la differenza capitale, mentre l'infezione sifilitica avviene dall'interno, quella tubercolare avviene dall'esterno, e mentre contro questo secondo mezzo di trasmissione l'occhio è grandemente protetto, contro la trasmissione per la via interna non ha protezione di sorta.

c. f.

J. LOPEZ OCANA. — Glaucoma e suo trattamento — (*Gaceta Medica Catalana*, marzo 1899).

Le conclusioni, alle quali viene l'A., sono le seguenti:

1° Il glaucoma propriamente detto rappresenta un processo di arterio-sclerosi, che si manifesta nei più importanti elementi del globo oculare e che deve combattersi con l'iridectomia, praticata il più presto possibile nel periodo acuto ed in qualsiasi altro periodo, purché il malato conservi un resto di vista (scopo ottico), ovvero purché persistano i dolori caratteristici quando la vista è scomparsa (scopo terapeutico). Però bisogna esaminare accuratamente lo stato cerebrale del soggetto, onde si possa evitare che questi soccomba per colpo apoplettico tre o quattro giorni dopo l'operazione, come più volte è successo.

2° Sonvi dei casi patologici, che si potrebbero chiamare falsi glaucomi, dipendenti da una lesione neurotrofica cerebrale e che sono caratterizzati dalla esistenza di qualche sintomo glaucomatoso per lo più in un sol occhio (special-

mente l'iridoplegia, l'aumento di pressione, la perdita lieve dell'A. V.), come pure da altri sintomi indipendenti dal glaucoma comune (p. e l'esoftalmia più o meno pronunciata). Questi casi, prodotti da stati flogistici limitati alla base del cranio, vanno trattati con i derivativi intestinali ed i risolutivi internamente (preparati iodici); si ricorrerà all'iridectomia più tardi, se la lesione oculare tende a progredire.

3° Il falso, come il vero glaucoma esigono sempre un trattamento farmaceutico post-operatorio, allo scopo di modificare possibilmente la causa produttrice.

4° Le malattie dell'iride, quelle del corpo ciliare e della coronea, che si manifestano con dolori interni, con aumento della pressione, con perdita più o meno notevole della vista, debbono essere indicate come affezioni per eccesso di tensione. Esse rappresentano malattie locali, da trattarsi con i soliti mezzi prescritti.

eq.

SOLSZOLSKI. — Trattamento delle congiuntiviti subacute col metodo di Briard preceduto dalle polverizzazioni d'una soluzione di acido borico sulle palpebre. —
(*Thérapeutique moderne russe*, n. 4 e 5, 1899).

Come è conosciuto, Briard adopera nel trattamento delle congiuntiviti subacute l'ossido giallo di mercurio, sotto forma di pomata al $\frac{1}{2}$ p. 100. Or l'A. crede utile far precedere questo trattamento dalla polverizzazione d'una soluzione di acido borico al 2 p. 100, ottenendosi i seguenti risultati:

dopo 3-5 giorni la congiuntivite subacuta diventa un semplice catarro;

dopo 7-10 giorni la lagrimazione e la secrezione sierosa diminuiscono sensibilmente, le sensazioni subiettive si fanno meno intense, la congiuntiva è meno iniettata, non disturbi vaso-motori, non recidive.

La durata del trattamento, dopo che la congiuntivite subacuta si è trasformata in semplice catarro, non oltrepassa i 12-15 giorni. La pomata si adopera per i primi 2-3 giorni, poscia sono sufficienti le sole polverizzazioni della soluzione di acido borico. Al riguardo va notato che nei primi giorni della cura gli ammalati si lagnano d'un certo malessere ed accusano una sensazione molesta alla palpebre dopo la polverizzazione, fatti questi, che ben presto spariscono.

La pomata viene introdotta nel sacco congiuntivale mediante una piccola sonda metallica, togliendone poi l'eccesso dai bordi palpebrali con cotone idrofilo. Va raccomandato al malato di non lavarsi gli occhi durante le prime 3-4 ore successive all'applicazione della stessa, applicazione, che deve essere eseguita 20 minuti dopo la polverizzazione della soluzione borica.

cg.

H. SCHULTZ — Contributo clinico alla cheratite purulenta. — (*Arch. für Augenheilk.*, XXXIX, S. 26)

L'A. riferisce circa 237 casi di cheratite purulenta stati curati nella clinica oculistica dell'Università di Berlino dal 1893 al 1898.

Si trattava di 205 casi di ulcera serpiginosa, 27 casi di ulcera circoscritta e 5 ascessi. Fra i casi di ulcera serpiginosa si poté constatare nel 53,8 p. 100 quale causa una lesione traumatica, nel 42,2 p. 100 eravi la complicazione del a ble-norrea del sacco; l'ipopion mancava soltanto nel 10,4 p. 100.

In 102 casi fu applicata la cauterizzazione, nei rimanenti si seguì la cura medicamentosa, e tra questi ultimi vi furono 10 casi in cui la cornea era totalmente o quasi infiltrata, in parte anche perforata. In 5 casi appartenenti a questa categoria, si dovette praticare l'exenteratio per panofthalmit, in 3 si formò un leucoma totale, in 1 uno stafiloma, ed in 1 tisi del bulbo. Fra i 102 casi in cui fu impiegata la galvano-caustica, fu pure praticata, in 19 casi, contemporaneamente, una perforazione del fondo dell'ulcera col galvano-cauterio e in 8, una puntura con la lancia verso il limbus. In 92 di questi 102 casi si ottenne un arresto del processo; in 8 casi, invece, l'affezione seguì il suo corso progressivo, malgrado la cura. L'esito in questi ultimi fu 4 volte un leucoma totale, 3 volte uno stafiloma e 1 volta panofthalmit. La cheratotomia praticata 6 volte, diede sempre buoni risultati, come pure la cauterizzazione e l'incisione praticate 9 volte, invece le iniezioni sottocongiuntivali di sublimato non furono mai seguite da alcun risultato (1).

(1) È doveroso far osservare che i risultati ottenuti nelle cliniche oftalmologiche italiane — specie in quella di Torino — con le iniezioni sottocongiuntivali di sublimato furono veramente splendidi — per la qual cosa non possiamo condividere il pessimismo dell'egregio collega a questo riguardo. E. T.

L'ulcera corneale circoscritta fu osservata di preferenza nei bambini e la cura fu nella massima parte medicamentosa, ad eccezione di 10 casi in cui si procedette alla cauterizzazione.

L'ascesso della cornea propriamente detto fu in primo tempo trattato con mezzi medicamentosi, non procedendo ad alto operativo che quando l'ascesso si estendeva o si andava formando un ipopion.

E. T.

RIVISTA DI MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE

ANDRIANI. — **Sul gonococco di Meissner — Nuovo terreno di coltura.** — (*Gazz. internaz. di med. prat.*, ott. 1899).

Non pochi sono stati i metodi adoperati dai diversi autori per la coltura del gonococco. I principali sono: un miscuglio di siero di sangue di bue e di uomo; il sangue della placenta; il liquido sieroso dell'idrocele, il siero puro coagulato di coniglio; una miscela di brodo od agar con siero di sangue di maiale; il torlo d'uovo con soluzione di bifosfato di soda ed agar, l'essudato peritoneale e tanti altri liquidi organici normali e patologici.

Stemschneider e Schaefer hanno studiato la biologia del gonococco dimostrando quanto segue:

1° il miglior mezzo di sviluppo è il siero del sangue o la trasudazione nell'uomo,

2° l'urina agar non è un buon mezzo;

3° la vitalità del gonococco è compromessa, o si ha ritardo nel suo sviluppo, conservando la temperatura a 40° C. e per la durata di 12 ore o più;

4° si impedisce la proliferazione, ma non si distrugge la vitalità conservando una coltura per molto tempo alla temperatura ambiente,

5° Quando il pus blenorragico è misto con acqua e urina, il gonococco può vivere per una o due ore, e con condizioni favorevoli anche più;

6° quando il gonococco è introdotto nel connettivo, non produce suppurazione.

Variatissimi e numerosi sono i metodi di colorazione. I principali sono: quello di Gram più o meno modificato, la doppia colorazione col metodo di Kelden (eosina e bleu di metile), oppure con rosso Congo e violetto di genziana, o rosso Congo e violetto di dalie, le colorazioni con soluzioni acquose sature di safranina e bleu di metile, con soluzione alcoolica satura di verde di metile, con soluzione acquosa satura di bleu di metile coll'aggiunta del 5 p. 100 di acido fenico, con soluzione idroalcolica mista, a parti uguali, di violetto di genziana e bleu di metile con poche gocce di acido acetico.

L'A. raccomanda poi un nuovo terreno di coltura da lui usato, il quale, sebbene non sia nuovo nei singoli elementi che lo compongono, pur tuttavia si differenzia dagli altri per la combinazione dei medesimi in stabili dosi, e fu la sua facilità d'impiego, per la nessuna necessità di apparecchi speciali, e per risultati pratici assai soddisfacenti e può quindi tornare molto utile negli studi sul microrganismo in parola.

Il terreno di coltura proposto consta di agar pepto-glicerinato, urina acida filtrata e non molto sviluppata. Questa incompleta sterilizzazione ha lo scopo di assimilare il più possibile questo terreno di coltura a quello in cui normalmente, nei casi patologici, vive il gonococco.

La preparazione del detto terreno si fa in questo modo: si prepara l'agar pepto-glicerinato convenientemente filtrato ed a caldo; in ogni 10 grammi di questo liquido si aggiungono due gocce di urina acida incompletamente sterilizzata; si mescola il tutto in un tubo d'assaggio previamente sterilizzato e si lascia raffreddare sia orizzontalmente, sia a becco di flauto. Con altro liquido di simil natura si fa la prima prova dello sviluppo del microrganismo in scatola di Petri convenientemente sterilizzata, usando un'ansa di platino per portare direttamente il pus dal meato urinario sul terreno della scatola.

Messa la scatola in termostato a 37°, dopo 48 ore circa, tutto il campo di coltura è ricoperto da una pellicola leggermente opaca e piuttosto densa, allaccaticcia, fiante, caratteristica della coltura gonococcica. Praticato il processo di selezione, si fa la distribuzione nei vari tubi d'assaggio convenientemente preparati collo stesso terreno di coltura ed in questi, dopo poche ore, si nota già lo sviluppo del e nuove colonie. Dopo otto giorni le colonie diventano giallastre, si raggrinzano nei bordi, ed il terreno fattosi rossastro e di stac-

catosi dalle pareti del tubo tende ad essiccarsi. Trapiantando, qualche giorno prima, le colonie su nuovo terreno, esse si rinnovano. Il trapiantamento può eseguirsi con successo fino alla 27ª generazione.

L'A. per convalidare il successo ottenuto con questo mezzo di coltura, ha praticato esperimenti sia mercè iniezioni di colture stemprate in glicerina, negli organi e nei tessuti, sia mercè applicazione diretta delle colonie sulla mucosa congiuntivale e su quella uretrale.

Gli esperimenti furono eseguiti su conigli e su cavie, preferibilmente sui primi, i quali dimostrano maggiore recettività per l'infezione gonococcica. In tutti gli esperimenti (in numero di 15) si praticò il controllo microscopico, sempre con risultato positivo.

In quanto alla patogenicità del gonococco, si sarebbe dimostrato:

1° che il gonococco produce infiammazione, ma non suppurazione;

2° che l'azione del gonococco è d'indole locale e giammai generale, ed è sempre flogistica;

3° che il gonococco non è solamente l'agente specifico della blenorragia, potendosi provocare, sperimentalmente, secrezione, se applicato ad altre mucose, ed esclusiva infiammazione se iniettato nei tessuti.

te.

ALMKVIST. — Un caso di flemmone di origine blenorragica — (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.*, XLIX, 2-3)

L'autore ebbe occasione di vedere nella sezione del Weilandier una metastasi blenorragica sottocutanea localizzata al piede, con tutti i caratteri del flemmone diffuso; la quale osservazione sembra essere unica nel suo genere. Si trattava di un giovane affetto da blenorragia gonococcica, il quale presentava, inoltre, una tumefazione dolorosa alla faccia interna del piede sinistro, la quale tumefazione scomparve ben presto, mentre contemporaneamente si vide comparire al margine esterno del piede destro, a livello dei tendini dei peronei, una tumefazione analoga, che andò aumentando.

La pelle di questa regione prese un colore rosso intenso, divenne edematosa, e si percepì ben presto una fluttuazione manifesta in tre punti differenti, cioè presso il malleolo

esterno, a livello della testa del quinto metatarso, e in un punto intermedio fra queste due regioni. Due incisioni praticate in questi punti diedero uscita a del pus fortemente tinto di sangue e contenente gonococchi allo stato di cultura pura.

Malgrado le frequenti lavature delle saccoccie purulente — che comunicavano fra di loro — con una soluzione di sublimato al 0,5 p. 1000, la secrezione del pus persisteva: la tumefazione si estese fino ad 8 centimetri sopra il malleolo ed invase una parte dorsale del piede. Tutta la regione infiammata era rossa, edematosa dolente al tatto: l'esplorazione con la sonda vi svelava la presenza di numerosi condotti a fondo cieco. Si decise allora di mettere allo scoperto tutti i focolai moruosi incidendo la pelle che li ricopriva. Ciò fatto ci si trovò in presenza di una piaga di cattivo aspetto, ma interessante soltanto il tessuto sottocutaneo, senza alcuna lesione delle parti profonde. Sotto l'influenza delle applicazioni caldisime (41°), secondo il procedimento usato dal Welanher per la cura dell'ulcera molle, l'ulcera non tardò a detergersi ed a guarire.

La febbre che accompagna ordinariamente l'infezione blenorragica generalizzata mancò in questo caso. L'infermo non presentò che una leggiera elevazione di temperatura nel momento in cui il focolaio purulento del flemmone era nel suo *maximum*, per scomparire non appena la piaga cominciò a detergersi. Si trattava adunque d'una semplice febbre di riassorbimento.

E. T.

ISAMBERT. — Operazione del fimosi senza circoncidione. —
(*La Semaine médicale*, n. 46, 1899).

Il dott. Donnart, medico della marina francese, ebbe occasione di veder applicare ad ospedale militare di Dunkerque un processo di cura operatoria del fimosi, dovuto al dottore Isambert, medico-capo dello stesso ospedale, e che presenta il vantaggio di non rendere necessaria la circoncidione e di non dar luogo che ad una emorragia insignificante, pur permettendo di ottenere una rapidissima cicatrizzazione.

Il processo in parola è basato sul principio secondo cui essendo il fimosi l'effetto di una semplice atresia della mucosa prepuzia, basta, per distruggerlo, ingrandire il diametro di

questa mucosa senza toccare l'involucro cutaneo del prepuzio.

Dopo aver assicurata l'asepsi del campo operatorio per mezzo di lavature della regione e di irrigazioni antisettiche fra il glande ed il prepuzio, e dopo aver fatto una o più iniezioni di cocaina nel tessuto prepuziale, per ottenere il grado necessario di anestesia locale, si prende il prepuzio fra i denti di tre pinzette da forcipressure disposte a uguale distanza l'una dall'altra.

In seguito, con le forbici, si pratica nel mezzo di ciascun arco prepuziale compreso fra due pinze, una piccola incisione (intaccatura) parallela all'asse del membro e limitata per quanto è possibile.

Ciò fatto s'introduce attraverso l'intaccatura la branca affilata delle forbici tra la mucosa prepuziale — distintamente separata dallo strato dermico del prepuzio per mezzo di tessuto cellulare facile perciò a riconoscersi — e i tegumenti, e s'incide la mucosa sola, nel prolungamento dell'intaccatura e parallelamente all'asse del membro e fino al solco balano-prepuziale. Si praticano in tal modo tre incisioni nel prolungamento di ciascuna intaccatura. Allora il prepuzio si trova dilatato e il glande divien libero: non resta altro da fare che suturare le intaccature ed applicare una medicazione.

A tale scopo si scopre l'estremità del pene, si riuniscono le labbra di ciascuna delle piccole incisioni cutanee, si avvolge il glande in una benda di garza iodoformica abbastanza spessa e vi si tira sopra il prepuzio, che resta così dilatato fino a che la cicatrizzazione sia completa. Si rinnova la medicatura ogni giorno e, nei primi tempi, anche dopo ogni emissione di urina.

E. T.

BLEULER. — **Regressione rapida dello « zona » sotto l'influenza della cocaina.** — (*La Semaine médicale*, n. 50, 1899)

Fra i mezzi analgesici usati contro i dolori che accompagnano le eruzioni dello *zona* la cocaina fu spesso impiegata; eppure nessuno ha finora constatato il fatto riferito dall'A. che, cioè tale rimedio è capace non soltanto di alleviare i fenomeni dolorosi associati all'*herpes zoster*, ma provoca anche quasi istantaneamente la regressione dell'eruzione, e la completa scomparsa in pochi giorni.

Attualmente l'A. dispone di un totale di 23 casi di guarigione rapida dello *zona* sotto l'influenza della cocaina. Il processo che egli segue consiste nello stendere sulla parte affetta, col mezzo di un pennello o semplicemente col dito, uno strato di pomata composta in parti uguali di lanolina e di vaselina, e contenente 1 % di cloridrato di cocaina; poscia nel ricoprire la regione con un pannolino su cui si è spalmata questa pomata stessa

E T.

RIVISTA DI TERAPEUTICA

HIRSCHFELD — Cura dei sudori notturni dei tisiici con le pennellazioni di aldeide formica. — (*La Semaine médicale*, n. 46, 1899).

Numerose osservazioni raccolte in questi ultimi tempi, principalmente da medici militari dimostrarono che le pennellature della superficie plantare con l'aldeide formica, senza guarire radicalmente la bromidrosi, costituiscono tuttavia un rimedio più che palliativo, con l'indurire l'epidermide, esse arrestano la secrezione sudorifica per un tempo abbastanza lungo, almeno fino alla caduta del tegumento ispessito ed alla formazione di un nuovo strato epidermico. Ora, la pelle delle regioni che sono la sede di una abbondante traspirazione nei tisiici, essendo molto più fina che quella della pianta dei piedi, si poteva supporre che le applicazioni di formalina vi esercitassero ancora più facilmente la loro azione antisudorifica.

Questa previsione si è completamente realizzata nei 30 tubercolosi affetti da sudori notturni che l'A. ebbe l'occasione di curare.

Siccome la soluzione acquosa del formolo non penetra facilmente negli strati superficiali dell'epidermide, l'A. si è servito di una soluzione alcoolica che egli formula nel seguente modo:

Aldeide formica del commercio al 40 %	} ana 50 grammi.
Alcool assoluto	

M. — Uso esterno.

Con un pennello molle di tasso impregnato di questo liquido, si pennellano l'una dopo l'altra le parti in cui la traspirazione è particolarmente abbondante, senza però toccare tutte queste regioni in una volta. Bisogna limitarsi, per esempio, a pennellare nella prima seduta il dorso e le braccia; il giorno seguente, gli arti inferiori; il giorno di poi, il petto e il ventre. Per tal modo si estende sulla pelle, in ogni seduta, da 5 a 10 cc della predetta soluzione alcoolica di aldeide formica.

Queste applicazioni in sedute successive hanno lo scopo di evitare i fenomeni di avvelenamento, che potessero prodursi se tutta la superficie cutanea fosse pennellata in una volta, ed hanno inoltre il vantaggio di diminuire l'effetto irritante, d'altronde passeggero, che i vapori di aldeide formica esercitano sulla congiuntiva oculare e sulla mucosa delle vie respiratorie.

Per diminuire l'azione irritante di questi vapori si consiglia di eseguire rapidamente le pennellature, di coprire subito le parti pennellate.

L'applicazione del formol sulla pelle sana non è punto dolorosa e non produce che una sensazione di ustione debole e passeggera: bisogna però evitare le regioni escoriate, come pure le parti genitali e l'ano.

Mettendo in opera le ora dette precauzioni, l'A. non osservo mai nei suoi malati il minimo fenomeno d'avvelenamento né qua siasi altro effetto nocivo da attribuirsi al formol. In quanto all'azione terapeutica, fu soddisfacentissima. L'iperidrosi cessava fin dalla prima seduta a livello delle regioni che avevano subito il contatto del medicamento, e dopo la terza ed ultima pennellatura, era soppressa dappertutto. E. T.

BATSCH. — L'atropina ad alta dose contro l'ooclusione intestinale. — (*La Semaine medicale*, n. 49, 1893).

Se, nel maggior numero dei casi, la cura del neo deve essere chirurgica e precoce, vi sono tuttavia dei casi in cui le circostanze costringono a temporeggiare, e i altri in cui si è tanto più autorizzati ad attendere inquantoché i vomiti son rari e lo stato generale è buono. In queste condizioni l'A. consiglia di ricorrere ad iniezioni sottocutanee di atropina in una dose che supera più o meno la dose massima abituale di questo medicamento.

Si sa che la belladonna fu, nei tempi passati, adoperata contro l'occlusione intestinale, in quanto all'atropina, non se ne fece finora alcuna menzione tra i mezzi di cura medica dell'ileo. Ora l'A., come pure altri colleghi che seguirono il suo esempio, hanno ottenuto ottimi risultati in casi gravi di occlusione intestinale con le iniezioni sottocutanee di atropina ad una dose che varia da grammi 0,001 a grammi 0,005, secondo lo stato delle forze, la costituzione e l'età dell'infermo. In certi casi bastò una sola iniezione per condurre a guarigione.

Altre volte una prima iniezione non diede luogo che alla uscita di gas e di una piccola quantità di materie fecali, e la guarigione definitiva non si verificava che dopo una seconda iniezione praticata il giorno seguente.

E. T.

SAMTCHOUK. — Il bicarbonato di soda e l'ergotina nella cura della dissenteria. — (*La Semaine médicale*, n. 50, 1899).

L'A., che è medico militare russo, ricorse, contro la dissenteria, ad un processo i cui risultati sarebbero superiori a quelli dati dal calomelano e dall'olio di ricino.

Ecco come procede:

Si comincia con l'evacuare l'intestino per mezzo di 15-20 gr. di solfato di soda, e circa due ore dopo, si fanno assorbire 8 gr. di bicarbonato di soda. Si lascia decorrere un altro intervallo di due ore, poi si somministrano gr. 0,25 di ergotina e si continua l'uso di questo rimedio alla stessa dose, ripetuta una o due volte al giorno, secondo la quantità di sangue che contengono le materie fecali.

Inoltre si prescrivono le seguenti prese:

Sottonitrato di bismuto.	gr. 0,25
Tannino	» 0,30
Solfato di chinino.	» 0,12

M. Per una presa Fare dodici prese uguali. Se ne prendono tre o quattro al giorno.

Dopo ciascuna defecazione, si lava la regione anale con una soluzione tiepida di tannino. Il regime alimentare comprende una decozione di orzo con l'aggiunta di burro, uova e pane. Come bevanda, il malato fa uso di the.

La guarigione si otterrebbe in due o tre giorni, nei casi recenti. Se si tratta di dissenteria di data antica, si ricorre, oltre ai mezzi suaccennati, a clisteri di tannino. ogni giorno s'introducono nel retto da 4 a 5 bicchieri d'acqua tiepida contenenti 4 gr. di tannino.

E. T.

GOLONBOV. — Il nitrato d'argento associato alla belladonna contro l'asma. — (*La Semaine médicale*, n. 50, 1899).

L'A. vanta l'uso prolungato del nitrato d'argento e della belladonna nei casi di asma in soggetti neurastenici affetti da dispepsia nervosa con stitichezza abituale, i quali, nonostante la conservazione dell'appetito ed uno stato soddisfacente di nutrizione e di emasi, provano un senso di debolezza continua.

Ecco la formola dell'A.:

Nitrato d'argento gr. 0,10

Estratto di belladonna. . . . 0,20 a 0,30

Estr. di menianto (trifoglio acq.) q. b.

F. s. a 30 pillole. — Due o tre pillole al giorno dopo i pasti.

Questo preparato, il quale agisce come calmante e come modificatore del sistema nervoso, avrebbe per effetto di diminuire progressivamente la frequenza e l'intensità degli accessi asmatici.

E. T.

F. APORTI. — Sul valore ematogeno dei metalli pesanti. —
(Comunicazione fatta al IX Congresso di medicina interna 28-30 ottobre 1899).

L'autore praticò una numerosa serie di ricerche sperimentali onde rintracciare quale e quanta fosse l'azione dei così detti metalli pesanti sulla sanguificazione. Adoperando a tal uopo dei cani ai quali con ripetuti salassi aveva eliminato tutto o quasi il ferro di scorta contenuto nell'organismo, ed alimentandoli mediante semplice bianco d'uovo fritto nel grasso di bue, ebbe a riscontrare come l'oro, l'argento ed il mercurio non hanno alcuna virtù ematogena. Il manganese diede un lieve aumento emoglobinico del 7 p. 100 e ciò perchè, secondo l'autore, il manganese mise probabilmente il globulo

rosso in condizioni tali da sfruttare, fino negli ultimi rimasugli, il poco ferro di scorta rimasto nei tessuti dell'animale. Invece altri animali pure dissanguati trattati con pochi centigrammi di ferro, presentarono nell'uguale periodo di tempo un aumento del 40 p. 100 di emoglobina.

L'autore ritiene che i risultati clinici ottenuti con la somministrazione di metalli pesanti dipendono dal fatto che questi metalli mettono il globulo in condizioni biologiche tali da fargli meglio utilizzare il ferro che entra nell'organismo con i medicinali, o che precedentemente si è depositato nei tessuti come ferro di scorta. Da ulteriori esperienze sull'efficacia dei vari preparati ferruginosi, risultò come il ferro inorganico venga benissimo utilizzato dall'organismo e che esso può presentare dei vantaggi sui preparati organici farmaceutici (non certo del ferro degli alimenti) perchè può venire iniettato in circolo.

G. B.

RIVISTA D'IGIENE

Prof. EUGENIO FICALBI. — Venti specie di zanzare (Culicidae) italiane, classate, descritte e indicate secondo la loro distribuzione geografica. — (Firenze, tipografia M. Ricci, 1899).

In questo momento in cui all'eziologia della malaria va legata dalla maggior parte degli autori la biologia di quella interessantissima famiglia dei ditteri, qual'è quella delle zanzare, il lavoro del chiarissimo prof. Ficalbi dell'università di Messina, non poteva essere più opportuno.

In questo lavoro non solo è accuratamente ed in modo chiaro ed esauriente trattata la parte specilografica, puramente zoologica, ma vi si trovano nozioni importantissime sulla organizzazione generale di questi insetti, sui loro costumi, sulla loro distribuzione geografica, sul modo di catturarli, di conservarli, di studiarli. Questo libro dunque non è solo fatto per lo zoologo, ma può ben dirsi prezioso anche per il medico, il quale voglia addentrarsi nella suddetta questione eziologia

Il prof. Ficalbi è già noto per importantissimi studi sulle zanzare, anzi si può dire è il creatore di questi studi sulla fauna culicida dell'Italia. Dopo il lavoro del Rondani pubblicato nel 1872 nel Bollettino della società entomologica italiana sulle specie italiane del genere *Culex*, non era più apparso alcun lavoro in proposito. Il Ficalbi prima con alcune notizie sulle zanzare italiane riguardanti alcune determinate specie, poi col suo libro intitolato: *Revisione sistematica delle famiglie delle Culicidae europee*, pubblicato nel 1896, infine con questo recente volume sulle specie italiane delle zanzare, ha colmato questa lacuna, dando così modo tanto allo zoologo quanto al medico di orientarsi nel non facile studio di questi esseri tanto noti per le loro malvagie qualità, ma così poco conosciuti nella loro intima struttura.

Le specie descritte in questo lavoro sono 20, 4 appartenenti al genere *Anopheles* e 16 appartenenti al genere *Culex*. Fra le prime sono compresi: l'*Anopheles pseudopictus*, l'*A. superpictus*, l'*A. claviger*, l'*A. bifurcatus*. Fra le seconde sono comprese: il *Culex penicillaris*, il *C. ornatus*, il *C. cantans*, il *C. excrucians*, il *C. nemorosus*, il *C. pulcritarsis*, il *C. albopunctatus*, il *C. annulatus*, il *C. glaphyrophterus*, il *C. spathipalpis*, il *C. Richardi*, il *C. elegans*, il *C. pipiens*, il *C. modestus*, il *C. impudicus*, il *C. hortensis*. A queste specie sono poi aggiunte, in appendice, altre quattro meno note, e oggetto di studio recente per parte di altri osservatori: il *C. pulcritarsis* cioè, il *C. malariae* del Grassi, il *C. Ficalbi* ed il *C. mimeticus* descritti dal Noé.

Se ci è permesso esprimere un voto, questo sarebbe che il prof. Ficalbi, con quella competenza che gli è propria in tale argomento, ci reglasse quanto prima, come del resto ne ha fatto promessa, un nuovo scritto sulla intima struttura anatomica dei Culicidi. Crediamo che tale scritto sarebbe accolto da tutti col massimo favore, specialmente da quelli che si interessano in modo speciale delle ricerche parassitologiche nel corpo di questi insetti, e che abbisognano quindi di speciali nozioni sulla loro interna struttura anatomica. te.

ROSSI. — Contributo allo studio della questione dell'alcool. — (*Bollett. della Soc. med. chir. di Modena*, 1898-99)

L'A. ha studiato la questione se l'alcoolismo cronico sia dato dalla qualità dell'alcool o dalla quantità nella quale è consumato, in altri termini, se le impurità estranee all'alcool

etilico contenute nelle bevande alcoliche sieno quelle che producono la malattia, oppure se l'alcool etilico anche puro sia sufficiente a causarla.

Le conclusioni alle quali è giunto l'A. in questo suo lavoro sperimentale sono le seguenti:

1° L'origine degli alcoli non ha relazione col loro contenuto d'impurezza, potendosi avere alcoli industriali purissimi, alcoli naturali con abbondante contenuto di fuselol, e viceversa;

2° In un avvelenamento acuto provocato con liquidi alcoolici di diversa origine, la quantità totale delle impurità è poco importante rispetto alla tossicità dell'alcool, la rettificazione abbassa al minimo la tossicità, ma la tossicità degli alcoli rettificati può essere raggiunta anche da alcoli non rettificati, la qualità delle impurità ha importanza nel senso che le impurezze di coda sono più tossiche di quelle di testa ma non ne ha rispetto alla composizione chimica delle impurità, e neppure rispetto all'origine dell'alcool;

3° È un errore fondamentale provocare un avvelenamento acuto negli animali con liquidi alcoolici, per determinare poi quanto gli alcoolici stessi contribuiscono all'alcolismo cronico, occorre quindi determinare precisamente un avvelenamento cronico.

L'A. è persuaso, che con questi criteri fondamentali, le future esperienze daranno ragione a ciò che vogliono la storia e la tradizione e a ciò che la statistica dimostra, che cioè nella produzione dell'alcolismo cronico ha maggior peso la qualità dell'alcool che la sua quantità. *te*

VALLIN — Sul trattamento igienico dei pavimenti. —

(Revue d'Hygiène et de police sanitaire, 20 agosto 1899).

A proposito della profilassi delle malattie contagiose nelle stazioni ferroviarie, il Vallin dimostra che in attesa che tutti i pavimenti delle stazioni stesse vengano sostituiti con mattonelle, asfalto, o cemento, il mezzo migliore profilattico è quello di sopprimere la spazzatura dei pavimenti colla scopa, a secco, e sostituirvi lo spazzamento umido con intonachi polverifughi. Siccome nello studio di questi intonachi cita specialmente gli esperimenti e la pratica dei medici militari francesi, stimiamo utile far conoscere i principali di questi mezzi polverifughi come sono descritti dall'autore.

Quattro anni or sono il dott. Follenfant, di cui la *Revue d'Hygiène* pubblicò il processo di impermeabilizzazione dei pavimenti per mezzo della paraffina bollente, aveva ideato un altro modo di soppressione delle polveri applicabile soprattutto ai pavimenti secchi, sporchi e in cattivo stato. Aveva fatto cioè un miscuglio semi solido di paraffina, di olio greggio di carbon fossie e di diverse altre sostanze insieme agglutinanti ed antisettiche in modo da permettere una specie di spazzatura umida.

Questa pasta molle era messa in una cassa di legno stretta e lunga; si fregava alla sua superficie l'estremità dei crini di una scopa un po' ruvida di fibre di cocco o di cassava, poi si passava questa scopa così umettata sul pavimento sporco e polveroso. La polvere si agglomerava coll'encaustico sotto forma di piccoli rotoli i quali si accumulavano in un angolo della sala, e si distruggevano poi col fuoco. Il Vallin esperimentò questo mezzo in alcuni ambienti dell'*Hôtel des Invalides*, ma, pure avendo a lodarsene, sotto certi aspetti, riscontrò i seguenti gravi inconvenienti: odore troppo persistente, e persistenza nel pavimento di una superficie grassa e umida.

Il principio di agglutinare le polveri impedendo loro di sollevarsi era buono, ma il processo incompleto. Due industriali, un farmacista ed un ingegnere, modificarono la formola di Follenfant, sostituirono all'olio di carbon fossie dei prodotti di distillazione più rapidamente volatili e di odore meno sgradevole, aggiunsero qualche antisettico, aumentarono la consistenza e la tenacità del prodotto con cere minerali.

Facendo la prima applicazione di questi encaustici al mattino, e tenendo le finestre aperte durante la giornata, l'intonaco si essicca in poche ore, l'odore non disturba affatto, ed il più semplice sfregamento da luogo rapidamente ad un aspetto brillante di un pavimento a cera. Secondo che i locali sono più o meno frequentati, l'applicazione dell'encaustico deve essere fatta una o due volte la settimana, oppure ogni quindici giorni.

Questo processo è stato messo in uso in Francia da un anno, in un gran numero di caserme. I giudizi in proposito sono favorevoli. La polvere, se non è soppressa completamente, è molto diminuita. L'odore del fenolo è un po' forte la prima volta dopo l'applicazione dell'encaustico, ma avendo cura di fare l'operazione al mattino, e lasciando le finestre

aperte, esso è tollerabile; del resto questo inconveniente è relativo alla qualità del prodotto. La spesa non è molto forte.

L'autore ha avuto occasione di studiare un altro processo di impermeabilizzazione dei pavimenti, o processo Desmurs. La sostanza impiegata è un miscuglio di cera minerale, di trementina e di essenze aromatiche ed ha il colore e la consistenza della cera ordinaria dei pavimenti. Per l'applicazione essa si fonde in un bagno-maria d'acqua salata, si muove l'apparecchio a qualche centimetro al disopra del pavimento, e di tratto in tratto, aprendo un robinetto, si lascia cadere il miscuglio fuso su qualche decimetro quadrato di pavimento già preparato. L'aspetto finale è quello di un pavimento perfettamente incerato. La durata di questo intonaco dicesi possa arrivare a tre o quattro anni.

Nell'applicazione di questo intonaco, si otturano prima le fessure del pavimento con della carta e col miscuglio di cera fusa. Questo modo di operare non sembra però che dia una sufficiente garanzia di solidità. Sarà quindi da consigliarsi di impiegare il mastice di creta e colla forte.

Il processo di Desmurs ha il vantaggio di dare al legno un buon rivestimento superficiale di bell'aspetto, ma è caro, di una prima applicazione lunga e difficile, e sui pavimenti usati o un poco disgiunti, l'otturazione delle fessure è poco solida.

Riassumendo, i mezzi non mancano per impedire i danni prodotti dalle polveri virulente, e nuovi studi ed esperienze apporteranno miglioramenti sempre più notevoli ai prodotti finora usati. Certamente la scelta dei mezzi varierà a seconda che si tratti di scuole, di ospedali, di caserme. Si tratta cioè di applicare nel caso particolare o il miscuglio di coaltar e di olio di carbon fossile, o l'encaustico polverifugo antisettico, o il processo di Desmurs. È da ritenersi però sempre preferibile l'intonaco di paraffina, specialmente applicato col processo Annequin, tanto più che dopo di avere assicurata un'impermeabilità assoluta colla paraffina, si può dare ai pavimenti, con uno dei mezzi suaccennati, quell'aspetto lucido che è sempre una garanzia per la pulizia e per la salubrità.

È da aggiungersi poi che un'istruzione ministeriale francese recente ha indicato, coi più grandi dettagli e cogli ultimi perfezionamenti, il modo di praticare la coaltarizzazione dei pavimenti nelle caserme e negli stabilimenti militari.

DESTREE. — **Influenza dell'alcool sull'attività muscolare.**
— (*Deut. milit. Zeit.*, n. 5, 1899)

Allo scopo di determinare l'influenza dell'alcool sulla attività muscolare il prof. Destree fece esatte esperienze nel laboratorio terapeutico delle università di Bruxelles, e dei suoi studi che egli aveva annunciati al congresso contro l'alcool, tenutosi in Bruxelles nell'autunno del 1897, ora pubblica un ampio resoconto.

Destree faceva elevare un peso di 5 chilogrammi ad intervalli di un secondo e determinava la media del lavoro che una certa persona, e sempre nelle stesse condizioni, compiva con quello sforzo.

Dopo sopravvenuta la stanchezza, interponeva una pausa di due minuti e nella stessa maniera determinava una nuova serie di sforzi, e dopo una nuova pausa stabiliva una terza serie analoga alla seconda.

Dalle cifre risultanti dalle diverse medie date in questi diversi esperimenti sarebbe risultato che:

L'alcool esercita una influenza favorevole sopra il muscolo non esaurito. Ma tutto opposto sarebbe il risultato quando l'alcool vien propinato non in precedenza immediata allo sforzo ma invece qualche tempo prima del medesimo.

Secondo il Destree si devono distinguere nell'alcool due diverse azioni: cioè una eccitante, l'altra paralizzante. I precedenti esperimenti fecero conoscere che l'azione eccitante si manifesta assai presto, dopo un minuto o due dall'introduzione dell'alcool, ma che anche con notevole rapidità, circa nei 15 minuti dopo, questa azione si dilegua lasciando il posto all'effetto paralizzante. Adunque l'alcool agirebbe contro l'esaurimento soltanto immediatamente dopo introdotto nell'organismo, ma poi raggiungerebbe all'esaurimento che ritorna, la sua azione paralizzante.

Ecco in riassunto le deduzioni che emanano da questi studi ed esperimenti:

1. L'alcool ha da principio un'azione favorevole sulla capacità di compiere un lavoro tanto sui muscoli stanchi come su quelli forniti di integra potenzialità;

2. Questo effetto favorevole segue immediatamente dopo bevuto l'alcool, ma esso è di una durata assai breve, quasi momentanea;

3. In seguito l'alcool agisce decisamente come paralizzante

L'attività muscolare, mezz'ora dopo introdotta la bevanda, si riduce ad un minimo che non può essere rialzato che difficilmente con nuove dosi d'alcool;

4. Quest'azione paralizzante dell'alcool sorpassa di molto in intensità la breve azione eccitante che l'ha preceduta, in modo che la somma complessiva di un lavoro muscolare risulta alla fine, coll'uso dell'alcool, molto minore di quella che può prestare un organismo che da questa bevanda si sia astenuto;

5. Dopo bevuto caffè, the, koca, non si osservano effetti di azione paralizzante.

GRELLET — Dell'influenza antimalarica della calce. —
(*Revue d'Hygiene et de police sanit.*, 20 agosto 1909).

L'A in seguito ad osservazioni raccolte ad El-Biar in Algeria, e a considerazioni di ordine storico e geografico, viene alla conclusione di provocare un'immunità la quale abbia lo scopo di controllare le tre seguenti proposizioni:

1° un'immunità quasi completa verso la malaria esiste per i paesi nei quali le terre contengono, negli strati superficiali, una forte proporzione di calce;

2° i fiumi, i ruscelli, i corsi d'acqua in genere che scorrono in un bacino calcareo sono in generale esenti da malaria, tanto al loro sbocco, quanto lungo tutto il percorso;

3° nelle regioni malariche, l'immunità relativa a questa endemia può essere ottenuta artificialmente, specialmente coll'aggiunta della calce incorporata agli strati più superficiali del suolo.

Naturalmente, bisogna guardarsi dal dare alle proposizioni suddette un significato troppo assoluto, giacchè in ragione della complessità degli elementi che agiscono, è permesso e ragionevole supporre che, secondo i paesi, i mezzi, ecc. certe influenze possano essere suscettibili di mascherarsi, di attenuarsi, o di neutralizzarsi le une colle altre più o meno completamente. *te.*

SPOLVERINI. — Sulla resistenza del virus pneumonico negli sputi — (*Annali d'igiene speriment.*, Roma, vol. IX, fasc. 1, 1899).

L'autore passa in rivista la grave mortalità data dalla polmonite acuta in Italia desunta dalle statistiche, la patogenesi della malattia secondo le più recenti ricerche, le misure profilattiche contro la diffusione della malattia stessa, e si pro-

pone di studiare il grado di resistenza nel mondo esterno del diplococco emesso coll'escreto, affine di stabilire con sicurezza quale disinfezione sia necessaria, e in qual modo.

Premessa una rapida rassegna delle ricerche fatte in proposito da Fränkel, Netter, Foà, Bordoni-Uffreduzzi, Guarnieri, Patella, Kruse e Pansini, Bernabeo, l'autore espone il metodo delle sue ricerche e riferisce i risultati sperimentali, divisi in diversi gruppi a seconda degli agenti fisici ai quali assoggettava lo sputo pneumonico: putrefazione, freddo, calore umido a varie temperature, calore secco rapido, disseccamento lento, esposizione nel terreno, sulla carta, tela e manta, luce solare diretta.

Le conclusioni più importanti alle quali si giunse nelle suddette esperienze sono le seguenti:

Il diplococco contenuto nello sputo pneumonico presenta una grande resistenza a tutte quelle condizioni nocive in cui si può trovare nell'ambiente, appena emesso; può durare in vita fino a più di 140 giorni.

Il diplococco nello sputo pneumonico conserva quasi sempre lo stesso grado di virulenza, senza presentare prima una progressiva diminuzione di essa.

Il diplococco, che nei comuni terreni di coltura perde assai presto la sua virulenza, nello sputo invece la conserva a lungo, non ostante l'azione della luce, del calore, dell'essiccamento, della putrefazione.

Il diplococco in ultimo viene spesso superato, nell'azione patogena sui conigli, dal bacillo sputigeno tenue del Pansini.

Esistono nello sputo pneumonico le due varietà di diplococco, l'ematogene e la fibrinogene.

È necessario nelle infezioni pneumoniche praticare l'isolamento del malato ed una rigorosa disinfezione.

te.

CONGRESSI

XIII Congresso internazionale di medicina. Parigi 2-9 agosto 1900.

Il comitato esecutivo francese richiama ai membri del corpo medico italiano gli articoli del regolamento contenenti le condizioni per essere ammessi al congresso e per l'iscrizione di comunicazioni nelle sezioni.

I. Condizioni per l'ammissione al congresso. — Saranno membri del congresso:

1° I dottori in medicina che ne faranno la domanda.

2° Gli scienziati che saranno presentati al comitato esecutivo francese dal loro comitato nazionale.

Ogni membro del congresso riceverà la sua carta d'ammissione, dopo aver fatto pervenire un versamento di 25 franchi in oro al tesoriere generale del congresso (dott Duflocq, 64, rue de Miromesnil, Paris), o al comitato nazionale del proprio paese. Questa carta sarà necessaria per poter profittare dei vantaggi fatti ai membri del congresso.

Nell'inviare la loro quota al tesoriere o al comitato nazionale, i membri del congresso dovranno scrivere con chiarezza il proprio nome, qualità ed indirizzo; aggiungere la loro carta di visita e indicare in quale delle 28 sezioni o sotto-sezioni essi vogliono farsi inscrivere.

II. Condizioni d'iscrizione per comunicazioni nelle sezioni. — Ogni membro del congresso, che desidera fare una comunicazione nella sezione alla quale intende iscriversi dovrà far pervenire al segretario di questa sezione, prima del 1° maggio 1900, il titolo ed il riassunto della comunicazione.

Per facilitare questa formalità, il comitato esecutivo indica qui sotto i nomi e gli indirizzi dei segretari delle sezioni a Parigi.

1. Anatomia comparata — Auguste Petit, 6 rue Saint-André-des-Arts

2. Anatomia descrittiva — Rieffel, 7 rue de l'Ecole de Médecine.

3. Istologia ed embriologia — Retterer et Loisel, 25 rue de l'Ecole de Médecine.

4. Fisiologia, fisica e chimica biologiche — Dastre, à la Sorbonne — Gley, 14 rue Monsieur le Prince — Weiss, 20 Avenue Jules-Janin.

5. Patologia generale e patologia sperimentale — Charrin, 11 avenue de l'Opéra — Roger, 4 rue Perrault.

6. Anatomia patologica — Letulle, 7 rue de Magdebourg.

7. Patologia interna — Rendu, 28 rue de l'Université — F. Widal, 155 boulevard Haussmann.

8. Pediatria — Marfan, 30 rue La Boétie.

9. Terapeutica — Gilbert, 27 rue de Rome.

10. Farmacologia — Chassevant, 70 rue de Rennes.

11. Materia medica — Chassevant, 70 rue de Rennes.

12. Neurologia — P. Marie, 3 rue Cambacérès.
13. Psichiatria — Ant. Ruti, Asile de Charenton, Seine.
14. Dermatologia e sifilografia — G. Thibierge, 7 rue de Surenne.
15. Chirurgia generale — Walther, 21, boulevard Haussmann
16. Chirurgia dei bambini — A. Broca, 5 rue dell'Université — Villemain, 53 rue Notre Dame des Champs.
17. Chirurgia urinaria — Desnos, 31 rue de Rome.
18. Oftalmologia — Parent, 26 avenue de l'Opéra.
19. Laringologia, rinologia — Lermoyez, 20 bis rue de La Boétie
20. Otologia — Castex, 20 avenue de Messine
21. Stomatologia — Ferrier, 39 rue Boissy d'Anglas.
22. Ostetricia — A. Bar, 122 rue La Boétie — Champetier de Ribes, 28 rue de l'Université.
23. Ginecologia — Hartmann, 4 place Malesherbes.
24. Medicina legale — Motet, 161 rue de Charonne — Thomot, 3 rue de l'Odéon.
25. Medicina e chirurgia militare — Catteau, Ministère de la guerre.
26. Medicina navale — Laugier, Ministère de la marine.
27. Medicina delle colonie — Kermorgant, Ministère des colonies.

Il comitato nazionale italiano (presidente onorario professor G. Baccola — preside de effettivo prof. C. Golgi in Pavia), affine di facilitare ancora più ai medici italiani l'adesione al congresso internazionale del 1900, entro il corrente mese di dicembre farà una larga distribuzione di moduli colla formola adottata dal comitato esecutivo di Parigi.

Nelle comunicazioni al congresso, oltre le lingue tedesca, inglese e francese, sarà pure ammessa come lingua ufficiale l'italiana.

Il Direttore

Dott. F. LANDOLFI, colonnello medico ispettore.

Il Redattore

D.^r RIDOLFO LIVI, capitano medico.

GIOVANNI SCOLARI, Gerente.

INDICE GENERALE

DELLE MATERIE PER L'ANNO 1899

MEMORIE ORIGINALI

ABBA FRANCESCO , ufficiale medico di complemento e BARONI EDUARDO farmacista militare. — Sulla preparazione del materiale asettico da medicazione	57
APROSIO ROBERTO , capitano medico. — Il metodo anatomico del Bassini per la cura radicale dell'ernia crurale	1149
BALDANZA ANDREA , maggiore medico. — Cura radicale dell'ernia crurale (processo Bassini modificato)	397
BALDANZA ANDREA , maggiore medico. — Due casi di fistola stercoracea seguiti da guarigione	140
BARNATELLI ETTORE , maggiore medico. — Contributo alla casistica delle paralisi dell'arto superiore conseguenti ai traumatismi dell'articolazione della spalla	570
BARONI EDUARDO , farmacista militare. — Sul veleno per le frecce somale (G. Bago)	373
BERNI GI. GIOVANNI , capitano medico. — Sull'influenza della medicazione bruciata nella cura delle fratture	673
BONO DOMENICO , tenente medico. — Sulle stenosi opertrachee tubercolari del l'antestino	1005
CALCAGNI GIOV. BATTISTA , capitano medico. — Relazione sommaria del reparto di chirurgia dal novembre 1897 al luglio 1899	1009
DE LETUS FIORENZO , sottotenente medico. — Sopra un caso di frattura trasversale dei mascellari superiori con frattura comminuta delle ossa nasali	806
DE RENZI GIUSEPPE , colonnello medico. — La tubercolosi nell'esercito durante il decennio 1887-96 con alcuni confronti colla popolazione civile del Regno	577
FATTO GARTANO , tenente medico. — Sopra un caso raro di melanoderma malarica	479
GAGLIA MAURO , tenente medico. — Intorno ad un caso di poliartrite purulenta acuta da iperparotite	691
GALLI DOMENICO , capitano medico. — Sulla puntura lombare alla quincke	244
GRIVONI GIOVANNI , sottotenente medico. — Sulla aerobiosi e sulla patogenesi del bacillo del tetano	44
LAZZARI LORENZO , sottotenente medico di complemento. — Su di un caso di frattura del mascellare inferiore	785
LILASTRO G. , tenente medico e MIRTO D. , sottotenente medico. — Contributo clinico-anatomico allo studio delle localizzazioni corticali motorie e del decorso delle fibre piramidali	449
LIVI RINDOLFO , capitano medico. — La vaccinazione nell'esercito a l'anti-vaccinismo	3
LUCCIOLA GIACOMO , capitano medico. — Alcune considerazioni cliniche circa l'intervento operativo nei casi di gravi contusioni addominali	947
MALAVASI ENRICO , capitano medico. — Due casi di lebbra	413
MARGOTTA CESARE , tenente medico. — La sieroterapia nella pneumonite	796
MAURI ENZO , tenente medico. — Un caso di empiemia volgare completa da infezione malarica	383

MELE ASCANIO, capitano medico. — Alterazioni organiche e disturbi funzionali del cuore e dei vasi prodotti da l'abuso del ciclismo	Pag. 4423
Notizie sommarie sulla statistica sanitaria del regio esercito per l'anno 1897	» 225
OSTINO GIOVANNI, capitano medico. — Sulla simulazione della sordità bilaterale e sui mezzi per scoprirla	» 1034
OSTINO GIOVANNI, capitano medico. — Ancora a proposito della determinazione del limite minimo d'udizione competitiva col servizio militare. Deve la sordità unilaterale costituire titolo di riforma?	» 165
PABIS ROBERTO, tenente colonnello medico. — Di un caso di ernia crurale operata col metodo inguinale del prof. Ruggi	» 392
PALTRINIERI UMBERTO e STEFANO UMBERTO, tenenti medici. — La pellagra, rivista sintetica	» 689
PANARA PANFILO, colonnello medico. — La chirurgia operativa negli stabilimenti sanitari militari italiani durante l'anno 1898	» 897
PERASSI ANTONIO, capitano medico. — Pneumo-zonartrosi suppurativa di infezione piogenica mista, a prevalenza diplococcica	» 164
ROSSINI TOMMASO, capitano medico. — Ferita d'arma da fuoco con frattura comminuta del paretale sinistro e vasti distruzione delle meningi e della sostanza cerebrale (guarigione)	» 460
RUGANI LUIGI, tenente medico. — Un caso di labirintite doppia da sifide acquisita	» 564
RUGANI LUIGI, tenente medico. — Di un caso di aneurisma dell'arteria	» 1256
SANTORI GIUSEPPE, capitano medico. — Un caso di tumore cerebrale	» 258
SPORZA CLAUDIO, tenente colonnello medico. — Per la teoria zanzare-malaria	» 1236

RIVISTA DI GIORNALI ITALIANI ED ESTERI

RIVISTA MEDICA

Albumina urinaria (Sul 1 percentuale di azoto dell'). — Marchetti	Pag. 926
Albuminuriche (Dermatosi). — L. Morck	» 833
Alcoolismo (Uso dell'acqua fredda nella convulsioni del) — Robertson	» 296
Angina (L') a bacilli fusiformi. — M. H. Vincent	» 719
Aortite acuta (Sopra un') d'origine malarica. — M. Potain	» 933
Aritmia palpitante (L') nella stenosi della mitrale. — E. Durand	» 717
Asciride lombare (da diagnosi dell'). — Moller de la Fuente	» 153
Ascesso cerebrale cronico. — Arullani	» 733
Ascesso del midollo allungato da stalloccchi. — Dogliotti	» 1243
Asma e tubercolosi (breve contributo allo studio dell'asma) W. Gruelmann	» 1166
Asma bronchiale (Circa la cura dell'). — C. v. Noorden	» 891
Atassia cerebellare (Valore diagnostico dell'). — Angelini	» 816
Atrofia (L') nelle forme periodiche di delirio. — E. Hitzig	» 154
Bronco-pneumonia (Affezione) da micrococco tetragono. — Scotti	» 155
Carcinomi (La sieroterapia nel) — Beretta	» 502
Emorragie (del valore del) nella diagnosi e nella prognosi delle malattie renali. — M. Pehu	» 603
Collapsi diastolico delle vene (Sull'importanza diagnostica del) D. Gerhardt	» 156
Corteo del Siderium (In caso mortale di) con ricerche batterioscopiche ed istologiche. — Daddi e Sivestrini	» 934

Demenza pellazrosa (Lesioni del centri nervosi nella). — M. Marinesco	Pag. 1276
Diabete (Sulla prova di Williamson nel). — Mutler	1083
Diabete (Sul valore della prova di Bremer nel). — Schneider	1083
Diabete mellito (Sull'etiologia del). — Blumenthal	161
Diarrea catarrale (Sulla cura della) con l'acqua calcinata effervescente. — W. Jaworski	848
Diazoreazione e sua importanza clinica	612
Difterite scarlattinosa (Cura della). — Malmowsky.	1277
Diplococcica (L' infezione). — Baduel	725
Dispepsia nervosa (Sulla). — Th. Rosenheim	824
Dolore di testa (II) e le sue relazioni colle malattie degli orecchi, della gola e del naso. — W. Lervey.	827
Edema pneumococcico (L') e suo valore diagnostico. — Houf	744
Ematemesi essenziale. — Cavazzani	833
Ematuria (L') qual sintoma precoce della tubercolosi renale. — A. Newmann	1381
Emorragia meningea a focolaio — Eilessia jacksoniana — Emiplegia sinistra con disturbi della sensibilità — Trapanazione — Morte. — Verger e Boucaud	712
Epilessia (L'). — J. Spratling	450
Epilessia (L'associazione dell') col diabete mellito. — W. Ebstein	1164
Epnessia (Polso e temperatura nell'), nella vertigine epilettica e nell'istero-epilessia. — Marchand	1035
Epilessia sperimentale (La) e la simpatectomia. — Laborde	726
Epilessia (L'intervento chirurgico nelle). — Winkler	814
Epilettici (Le anomalie di moto negli) — L. Roncoroni	849
Eptstassi (Cura dell') — Luhluski	823
Febbre tifodea (Il trattamento delle emorragie intestinali nella). — Cordile	604
Febbre tifodea (Le recidive della). — Nesti	1381
Febbrì perniciose palustri (Delle azioni sulle) — Ranellis e J. Caradamotis, d'Atene	280
Fenomeni palmi-plantari (Sul significato diagnostico e pronostico del) nelle febbri tifoidi	512
Idroterapia (Sull'uso dell') e della balneoterapia nelle malattie psichiche. — R. Thomsen	618
Influenza (Forme croniche ed apiretiche della) — Filatow	616
Insomnia e ipnotici. — Bradburg	829
Insufficienza epatica (Sull'). — A. Pick	1280
Isoformio (Dei disturbi psichici consecutivi all'uso dell') — H. Schlesinger	937
Ipertrofia cardiaca (L') di crescita. — Follet	294
Isterismo maschile Stati di duplice coscienza — R. Baroncini	709
Ittero cronico (Alterazioni ossee nell'). — F. Obermayer	147
Massaggio (Dey) della regione della cistifellea in certi casi di costipazione ribelle. — Berne.	304
Meningite cerebro-spinale I siero antistreptococcico nella). — C. Nibb	929
Meningite cerebro-spinale epidermica (La). — W. Oster	1160
Meningite cerebro-spinale (dei microbi della). — Netter	721
Morbillo (Sulla diagnosi precoce del). — Cazals	930
Morbillismo cronico e suo trattamento. — Hirt	148
Movimenti ausiliari (Sui così detti) degli emiplegici — S. Arnaud	720
Nefrite bronchitica (La)	154
Nefrite cronica (Alcune osservazioni sulla) — Eliot	939
Neurastenia periodica (Circa la) circolare ed alternante. — Th. Dunin	1277

Nevrite apoplettiforme. — Raymond	Pag. 927
Nevralgia ischiatica (Cura della) con le compresse d'acqua calda	835
Nevralgia del trigemino (La terapia della) — Boettlinger e Krause	458
Nevralgia (Sulla etiologia e terapia delle). — A. Kulenburg	836
Nevrastenia (Etiologia e trattamento profilattico). — Collins e Phillips	806
Nevrastenia (Il trattamento educativo della). — Morton Prince	404
Nevrosi cardiache (Le) e loro trattamento. — Schoth	830
Nevrosi (Il piano e le). — Vaetroid	1082
Obesità, gotta e diabete. — Elstein	163
Ossido di carbonio (Intossicazione prodotta dal) — Abramovitch	715
Ozema (Sull'). — Cholewa e Cordes	823
Paranoie (Note cliniche sui) — C. Pianetta	1041
Paralisi recalcivante (Cura la cosa detta del facciale). — M. Bernhardt	1166
Perforazioni intestinali (Sull' cura per mezzo della laparotomia delle) di origine tifoide. — Audet	1268
Pleuriti (Sui criteri che si hanno per differenziare un' affezione da una epatica). — Cardarelli	121
Pleuriti idiopatiche (Contributo allo studio dell' etiologia delle) — Marzani	912
Pleuriti (Le) nella tifoide — Achard	1274
Pulmuri seminare (La) e sempre l'espressione di un fittia degenerativa — L. Scabia	934
Pulmonite (Patogenesi della) — A. Smith	610
Pulmonite fibrinosa (Su alcuni casi non ordinari e sulle complicazioni della). — H. Seito	840
Pulmonite (L'influenza della forma dell' infezione batterica nel decorso della). — Wersmayer	512
Pulmonite caseosa (La) — Auglar	163
Psicosi traumatiche (Le). — A. Meyssan	1079
Psittacosi (La). — G. Brezzi	505
Raggi X (I) nella diagnosi della tubercolosi polmonare. — I. Rudis	1167
Raggi X (I) nei reliquati di pregresse pleuriti — Boisson	826
Raggi Röntgen (Valore diagnostico) nella arteriosclerosi — C. Beck	831
Raggi Röntgen (Sullo studio anatomico-clinico dell' apparecchio respiratorio e dei suoi annessi mediante li). — M. Mignou	716
Reazione agglutinante dei sieri (Contributo al significato della) — Bruschini	617
Reumatismo articolare (Forme atipiche da) — S. Slager	156
Reumatismo xifoideo. — Edvard Hirtz e Roustan	614
Riso convulsivo (Del) come espettorante. — D'Antolo	727
Sangue (L' eliminata dell' in alcune malattie mentali) — R. Lambrozzi	935
Sangue dei tacci (Reperti batteriologici nel). — W. Michaelis e Meyer	844
Sanguisugli (Osservazioni sugli effetti del) umano in alcuni casi morbosi. — Taidelli	817
Scorbuto (Sulla cura della) con l' ipofosfito di calcio. — T. Silvestri	1168
Scorbuti (Cura della) con l' uso interno della tintura di iodo. — Martynov	842
Siero diagnostico del tifo (Un metodo pratico per la).	617
Sierodiagnostica (Sulle cause d' errore della). — Stern	718
Soffi cardiopolmonari — A. Taidelli	933
Sporozoi (Gli) in patologia. — Silvestrini	724
Stilichezza abituale guarita con la cura dell' olio — Schultes	1165
Strimaco (Su di un processo di determinazione clinica delle dimensioni, della forma e della posizione dello) mediante i raggi Röntgen — G. Kosenfeld	513
Tabé (Dei disturbi del gusto e dell' odorato nella) — M. Klippel	834

Tenia (Espulsione rapida della) per mezzo della morfina iniettata nel corpo del parassita. — J. W. Kime	Pag. 4276
Termoforo elettrico per applicazioni locali del calore — Salazhi	931
Tetano (Cura delle rolle iniezioni di sostanza cerebrale emulsionata. — Mori e Salvolini	728
Tetano (Un caso di) dei muscoli del capo) — Schmidt	399
Tifo (Un metodo semplice per stabilire la diagnosi di). — Piorkowski	835
Rifo addominale (L'importanza diagnostica dell'affezione dell'epiglottide nel). — Kohler	4166
Traumatismo e sua importanza occasionale e localizzatrice in un alcolista. — Naame	4167
Tubercolari (Nuovo processo per la colorazione dei bacilli). — Hauser	722
Tuberculosis polmonare (L'infezione mista della). — Schabad	510
Tuberculosis (L'etiologia della). — Spiers	157
Tuberculosis (Il clima ed i viaggi di mare nel trattamento della). — H. Weber	4217
Uremia rapidamente mortale per impermeabilità congestizia di un rene e mancanza congenita dell'altro. — Berri	153
Urina (Sull'azione riduttrice dell'). — H. Helier	928
Urina (Sui mezzi di conservazione dei sedimenti nelle). — Fittipaldi	722
Vajuola (L'uso del siero antistreptococcico nel trattamento del). — Lindsay	4084

RIVISTA CHIRURGICA.

Adeniti cervicali (Guarigione delle) senza cicatrice — Calot	Pag. 464
Anestesia locale. — Lienthal	168
Anestesia locale o generale? — Ceci, Bazy, Aranson	537
Anestesia locale (Sull'applicazione dell') nelle grandi operazioni delle estremità. — Berndt	1303
Aneurisma per colpo d'arma da fuoco, embolia cerebrale, emorragia secondaria-guarigione. — Stich	1394
Apertura della cavità addominale attraverso la piccola pelvi. — Stüeda	1289
Appendice vermiforme (Contributo alla chirurgia dell'). — Dott. G. B. dalla Pozza	468
Argilla (L') quale materiale da medicazione asettico ed antisettico. — Langemak e Megele	857
Aria calda (L') contro le affezioni articolari. — Wilson	4290
Arteria iliaca esterna. (Ferita accidentale dell'). Attaccatura. Guarigione. — A. Ghedini	963
Ascessi tonsillari cronici (L'esistenza e l'importanza degli). — D. Treitel (Berlino)	622
Ascessi tubercolari (Della cura degli) sintomatici o no di alterazioni ossee. — Lannelongue	860
Ascesso sotto-cuticolare del cervello consecutivo a un traumatismo senza lesione del cuoio capelluto ne delle ossa del cranio. — Hirtz	851
Ascle (Sulla cura operativa dell') nella cirrosi epatica. — A. Egon Neumann	847
Azete (Cura chirurgica dell'). — Tilman	845
Asepsi ed antisepti delle ferite. — Rydgier	842
Barba (La) degli operatori causa di infezione nelle operazioni asettiche. — Huener	850
Calcificazione (La) nei tessuti. — Lesca	959
Cancro (Il problema della infezione del).	1183
Chirurgia (La) delle vie urinarie all'estero. — L. Landi	772
Cistoscopia (L'uso del) nelle lesioni della vescica, dell'uretra e dei reni. — B. O. Coades	730

Cistostomia soprapubica per setticemia urinaria gravissima di origine prostatica; guarigione. — Garrel	Pag. 936
Commozione spinale (Sullo stato attuale della dottrina della). — E. Schmaus	» 410
Corpo estraneo (La determinazione della sede d'un) alla profondità del corpo mediante i raggi Röntgen. — Schwald	» 732
Cranio (Sulla frattura della base del). — Van Nes.	» 172
Disinfestazione del a pelle e delle mani mediante spirito saponato. — Mikulicz	» 843
Disarticolazione interileo-addominale. — Salitschew	» 1088
Disturbi psichici dopo le operazioni sull'apofisi mastoidea — F. Pluder	» 1303
Edemi cutanei (La cura meccanica degli). — Furbringer	» 399
Edemi (Sulla cura meccanica degli). — L. Fornace	» 1300
Emorroidi (Una nuova operazione per la cura radicale delle). — H. J. Schiff	» 408
Epistassi. Sue cause e trattamento. — Seiler	» 951
Ernia (Nuova sutura nell'operazione radicale dell') senza fili perduti. — J. Link	» 849
Ernia inguinale (L'etiologia e la cura dell') nei giovani. — Hamilton Russel	» 1285
Ernie inguinali (Cente) curate col metodo Bassini. — Penzo	» 177
Ernie (Le) e la bicicletta. — Lucas-Championniere	» 741
Escare (Ulteriori studi sulle) dei caustici. — Cohn	» 1297
Estratto di capsule soprarrenali (L') come emostatico. — Lerrontie	» 957
Fegato (Resezione del) per cisti idatica. — Depage	» 927
Ferita d'arma da fuoco (Sull'infezione delle). — Koller	» 176
Ferite d'arma da fuoco (Le) nell'ultima guerra greco-turca con osservazioni sopra i moderni proiettili. — Henry Davis	» 524
Ferite penetranti del ventre (Sulla diagnosi e terapia delle). — Siegel	» 632
Ferite d'arma da fuoco (Le) nelle guerre moderne. — Davis e Nancrede	» 1089
Ferite d'arma da fuoco (Le) del pericardio. — Eichel	» 1296
Fessura anale (Sul trattamento delle). — Conkzer	» 1289
Flemmone da leptorix (Il). — Arx	» 1092
Flemmone ligneo del collo (Sul). — Kunsnelzoff	» 1484
Formalina (La) contro la tubercolosi chirurgica. — G. Hahn	» 854
Formolo (Il) nella cura delle sinusiti e dell'otorrea fetida. — A. Braat	» 1298
Frattura dei metatarsi provocata (La) dalla marcia. — V. De Holstein	» 737
Fratture del e estremità inferiori (Trattamento ambulante delle). — Dolinger	» 1392
Gastrotomia per divulgazione strumentale del cardiac — A. De Marsi	» 1399
Ghiandola sottomascellare (I tumori della). — E. Diriani	» 955
Guanti (La questione dei) nella pratica chirurgica. — Kocher	» 947
Hartosi intermittente nevropatica (Casi di). — C. Feré	» 167
Igroma sotto-deltideo (L') — Mornac	» 619
Influenza (Postumi chirurgici dell'). — Franken	» 969
Intestino (Contributo alla casistica delle lesioni multiple dell'). — Hannaberg	» 731
Intestino (Le ferite dell') e del mesenterio senza lesione esterna — E. Eichel	» 945
Laparotomia (La) nella peritonite tubercolare. — Delangre	» 739
Laparotomia (Notre da seguirsi prima e dopo la) — Waggin	» 953
Laparotomie multiple (Delle) nello stesso individuo. — Steffens	» 964
Leptomeningite otitica (Su alcuni casi di) — Prof. Gradenigo	» 944
Lussazione delle vertebre dorso-lombari. — Scalzi	» 175
Midollo spinale (Esperimenti sopra la cocaïnizzazione del) — Bier	» 1178

Midollo (Valore pratico della coagulazione del) come processo di anestesia chirurgica. — Zeidler e Seldovitch	Pag. 1179
Milza (Sull'estirpazione della in seguito a lacerazione da contusione addominale e sulla laparotomia in genere in tali contusioni. — Trendelenburg	1169
Milza (Estirpazione della) per rottura sottocostale dell'organo. — Krabbel	1176
Morbo di Basedow (Circa l'operazione nel) — Mobius	1181
Neocartri si dello omerale (Costruzione di un braccio circolante per mancanza della scapola e della testa omerale. — Olier	958
Nervo cristico (Contributo alla casistica delle affezioni del). — Hammer-schlag	730
Oculari (Disturbi ed uditivi nelle affezioni dentarie. — Punt	522
Oculari (Contributo allo studio dei disturbi nelle affezioni dell'orecchio. — Geronzi	304
Opoterapia tiroidea (Prove cliniche di) come stimolante della rigenerazione ossea. — Ferri	853
Orecchio interno (Sull'eduzioni delle affezioni traumatiche dell'). — Muller Richard, uingere meico	630
Ossigeno (Dell'impiego dell') in chirurgia. — M. Thiriar	1301
Ossso iliaco (Un caso di lesione traumatica dell'). — O. v. Ley	1182
Osteomielite da pneumococco. — Blecher	307
Oite medica suppurata seguita da complicazioni meningee — Morle — G. Soror	740
Omnitrica (Rendiconto clinico della scuola) di Roma per gli anni 1896-1897 — Geronzi	302
Parotide (Un caso di tubercolosi della). — Boekborn	169
Paterceci (Cura di flemmoni ed ascessi. — Novaro	969
Pericardite (Cura chirurgica della). — Bruntano	165
Pilorostenosi ed intervento chirurgico nella malattia di Reichmann Prof. Guido Benti	170
Piloroplastica e gastroenterostomia. — W. Kausch	1175
Pitorace (La cura del) — Beck	735
Poliposi intestinale (Un caso di) con esito di guarigione. — Karapin	1298
Polmone (Trattamento degli accessi del). — Halstead	746
Proiettili (Gli effetti del nuovo) a punta cava usato dagli inglesi nella guerra del Sudan	300
Proiettili e gli delle piccole armi moderne e ferite che producono — William G. Campbell	733
Proiettili (sugli effetti del nuovo) a punta vuota impiecati dagli Inglesi nell'ultima guerra del Sudan. — Von Bruns	412
Proiettili d'artiglieria (L'azione dei) — H. Bucher	515
Rachografite (Presentazione di). — Hammecl Bruxelles	748
Ragadi (Cura medica delle) all'ano. — I. Boas	960
Resezione dell'anca nelle coxiti. — Nielon	1302
Rotula (Frattura della) destra per causa diretta — M. C. Rillot	639
Sangue (importanza dell'esame del) prima dell'anestesia — H. Fish	961
Sarcomi (turi de) inoperabili mediante miscela di tossina crisipalata e di bacillo prodigioso. — W. Coley (New-York)	186
Safena magna (L'esportazione della). — R. Stecchi	736
Semi (Patologia e trattamento dei, addenti alle orlate — Steiman Bull	965
Sezioni tendinee e nervose dell'avambraccio di stre Tenor alle e neurorralie. — Benrudin	628
Simpatico (La chirurgia del). — A. Chipault	611
Simpatico (L'escissione del)	1291
Sonda gastrica (Controindicazione all'uso della) a scopo esplorativo. — Boas	1087

Sterilizzazione delle sonde e dei cateteri. — J. H. Nicoll.	Pag.	362
Stomaco (La chirurgia dello). — Ewald.		379
Stomaco (Sulla condizione più favorevole alla guarigione delle ferite dello). — Dott. Carlo Maglieri.		397
Sutura sottocutanea (La). — M. S. Soubbotine.		831
Suture e legatura (Un nuovo materiale riassorbibile per). — Snegureff.		835
Trapiantazione periferica di un nervo. — Peterson.		1394
Trasfusione cloruro-sodica (Sulla nella cavità peritoneale. — Sichel, maggiore medico.		858
Tropococaina (La) nell'anestesia per infiltrazione. — Custer.		167
Tumori maligni (La formalina nei inoperabili. — Mitchell.		1481
Ulcera della gamba (Cura dell'). — Marcuse.		473
Ulcera della gamba (Cura dell') col carbonato di soda. — A. Brunner.		1480
Oretrotomia interna (Sull'). — Schlitka.		859
Varici (Etiologia e cura delle). W. Bennet.		635
Varici degli arti inferiori (Sull'etiologia e sulla cura chirurgica delle). — Kramer.		863
Varici (Nuovo metodo per la cura radicale delle). — N. Biagi ed i Bruschi.		970
Varici (Nuovo metodo operativo per la cura delle). — Dott. Francesco Paroni.		398
Vasi sanguigni (Sulla sutura dei). — Silberberg.		856
Vie urinarie (La chirurgia delle) come si fa a Parigi ed a Londra. — Dottore Luigi Landi.		305

RIVISTA DI OCULISTICA.

Affezioni oculari (Le) di origine malarica. — Yarr.	Pag.	483
Affezioni oculari erematosi (La cura delle) nella pratica comune. — J. Pilster.		4093
Ambliopia sperimentale (L') da chinino. — Schweinitz.		616
Ambliopia tossica. — Grunwald.		741
Atrofia ereditaria del nervo ottico. — Velhagen.		781
Bromidrato di scopolamina (Il) nella terapia oculare. — De Rougon.		748
Campo visivo (Dell'importanza dell'esame del) nella diagnosi in generale. — Schloesser.		479
Cataratta (Cento estrazioni di) trattata senza medicatura. — Ajort.		181
Cheratectomia totale seguita da sutura. — Panas.		181
Cheratite purulenta (Contributo clinico alla). — H. Schultz.		4309
Cherato congiuntivite erematosi (Osservazioni batteriologiche, cliniche e sperimentali sulla, e sulla congiuntivite catarrale. — L. Bach e Neumann.		478
Cocaina (L'uso di) nelle cauterizzazioni col nitrato d'argento. — Nusschuler.		780
Congiuntiv. (Le concrezioni nella). — E. Fuchs.		750
Congiuntivite purulenta (Sulla presenza del meningococco intracellulare nella). — Fraenkel.		4093
Congiuntivite granulosa (Cura della) col solfato di rame associato all'acido salicilico.		533
Conjuntiviti (Trattamento delle) subacute col metodo di Briard preceduto dalle polverizzazioni d'una soluzione di acido borico sulle palpebre. — Soudolski.		4408
Cornea (Le ulcere della) ed il loro trattamento. — Percy Dunn.		182
Cura allo scoperto (Nuovi risultati della) delle piaghe oculari. — Hjort.		479
Daltinismo e sua diagnosi. — W. Nagel.		866
Infiammazione della congiuntiva oculare (Ricerche sperimentali sulla). — Dalen.		180

• Ectropion (Sulla cura dell') colla cauterizzazione della congiuntiva. — Gotti	Pag. 613
• Edema (Sul trattamento chirurgico dell') e della pustola maligna delle paupere. — Sargoso	937
• Emetologia essenziale (Casi di guariti con l'ingestione di fegato di montone — M. Trantas	869
Enucleazione (L') e l'operazione di Mules. — Carter	* 180
• Glaucoma (Della cura del) — B. Bianchi	533
Glaucoma e suo trattamento. — J. Lopez Ocana	1307
Impressioni sensorie nei ciechi (Le). — Griesbach	971
Iniezioni sotto-congiuntivali (Le) di soluzione iodo-iodurata nella terapia oculare ed in particolare nel trattamento delle coroiditi. — Sourdille	616
Iniezioni sotto-congiuntivali (Le) di cloruro di sodio nel distacco della retina — Lodato	532
Lagime (Azione battericida del). — E. Valude	1189
Malattie del naso (Sui rapporti fra le) e quelle degli occhi. — Seifert	764
Midriatici (Antichi e nuovi). — Bourgon	181
Mopia (Il trattamento operativo dell') di grado elevato e le sue indicazioni. — H. Schmidt-Rimpler	* 633
Neurite urica (sulla) acuta del nervo ottico — A. Angelucci	861
Ottotipi per la determinazione dell'acutezza visiva — Landolt	1185
Ottotipi (Sugli). — Henry Caley	1306
Perimetro registratore (Nuovo). — Parisotti	867
Prolarghi (li) nelle malattie degli occhi. — Pergens, Gnestous, E. Braunston, M. Valude	334
Puntura sclerale (Circa la) nel distacco retinico. — A. Kronheim	179
Tensione oculare (Influenza della narcosi sulla). — Neuschuler	863
Tracoma (Trattamento del) — Pylkoff	864
Traslazione dell'iride (La). — Aschem	865
Tubercolosi e sifilide dell'occhio. — Lachlau Grant	1305
Ulcera rovente della cornea (Sull'). — Schmidt-Rimpler	749

RIVISTA DI ANATOMIA E FISIOLOGIA NORMALE E PATOLOGICA.

Albuminuria (Sul rapporto tra) e pressione cardio-vascolare. — Brusellini e Giannina	733
Aumento di peso del corpo e trasformazione del grasso in glicogene — Bouchard	417
Bromo (La presenza del) nella ghiandola pituitaria, e nel sistema nervoso centrale. — Paderul	418
Bacilli dello smegma (Reperto dei nell'escreto polmonare umano. — Pappenheim	189
Carciofo (li) come mezzo di cottura microbica. — M. Roger	189
Endocardite (L'anatomia patologica dell'). — Harbitz	645
Formazione paratiroidea (Contributo allo studio delle) nell'embrione umano — Fusari	732
Formula leucocitica del sangue (Sulla) nell'erisipela. — Chantemesse	646
Funzione del m. sternocleidomastoideo (Sulla) e sul movimento di rotazione e flessione del capo — D'Étant	871
Glandole digestive (Il lavoro delle) — Pawlow	184
Sporozoi (l'ulteriore comunicazione sulla dimostrazione degli) nella leucemia. — M. Lowit	641
Tossicità della saliva (Ricerche sperimentali sulla) mista di individui sani ed ammalati. — Pignatti e Raccarani	870

RIVISTA DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE.

Acido picrico (L') nella cura dell'eczema. — F. Radaeli	Pag. 537
Alopecia areata in seguito ad operazione sul collo. — Sprecher	496
Blenorragia (Cura della) col cianuro di mercurio. — Escat.	449
Blenorragia (dell'importanza del) di fronte all'individuo ed alla razza. — P. Tommasoli.	534
Cberatosi arsenicali (Le). — Mibelli.	652
Coccidiosi umana sotto forma di tumori del tessuto cellulare sottocutaneo e delle borse sierose. — Corni	976
Dermatosi (Di una forma rara di) probabilmente parassitaria. — S. Can- narsa	493
Endocardite blenorragica (L'). — Sieghelm	649
Erpes Zoster (La patologia dell')	495
Fimosi (Operazione del senza circoncisione. — Isambert	1313
Flemmione (Un caso di) di origine blenorragica. — Almkvist	1312
Gonococcemia (Due casi di). — Panichi	975
Gonococco (Ulteriore contributo alla biologia del) ed all'anatomia pato- logica dei processi gonorrhoici. — Ghon e Schlagenhoffer	493
Gonococco di Neisser (Sull) - Nuovo terreno di coltura. — Andriani	1130
Guaiacolo (L'effluvio del) nel trattamento della sifilidite. — J. Clifford Perry	300
Intonaco per sonda (N'iove). — Oscar Kraus.	498
Iodio (il preparato) e loro dose nella cura della sifilide. — Radestock.	755
Lupus (La cura del) coi raggi Rontgen e con la luce concentrata. — H. Kummel.	1193
Miosite blenorragica (La). — Braquehaye e Serret.	651
Operazioni su sifilide. — Michailow.	874
Paralisi facciale zosteriana (La). — Klippel ed Aynaud.	873
Paralisi spinale sifilitica (La). — P. F. Aruffani	490
Psoriasi (La medicazione all'alcool nella).	1098
Psoriasi (Trattamento della). — Wilmott Evans	497
Sifilide (Sulla) senza esantema. — S. Ehrmann	756
Sifilide (Contributo al studio delle alterazioni del sangue nella) e spe- cialmente in rapporto all'alcalinità, all'isotonia ed al peso specifico — Sorrentino	1097
Sifilide (alcune questioni circa la cura della). Quando si deve iniziare il trattamento mercuriale? Quanto tempo deve durare la cura? — V. Watriszewski	974
Sifilide (Ricerche ematologiche nella costituzionale recente. — Calderone	878
Sifilide (cura della) con le iniezioni di sublimato ad alta dose. — R. Kop- per	499
Sifilide secondaria (Sopra alcuni fenomeni nervosi della). — Fournier	847
Solfato di soda (il) nelle ustioni prodotte dall'acido fenico.	449
Tannoformio (il) nelle malattie cutanee. — S. Ehrmann	1097
Tubercolina (Le applicazioni locali di) contro il lupus	1191
Tubercolina (La) nelle affezioni tubercolari della pelle. — A. Forges.	494
Unguento emereo per uso interno nella sifilide. — Silberstein	755
Uretra (Lavatura dell') posteriore. — Schwerin	492
Uretrite blenorragica (Sulla cura dell') col protargolo. — Brandi.	1193
Uretrite cronica (Circa gli esami batteriologici nell') e nella prostatite. — J. Cohn	495
Urotropio (L') nell'uretrite posteriore. — S. Ehrmann.	756
Vetro bleu (il) in sifilografia. (Lezione clinica). — Julheu	734
Zona (Regressione rapida dello) sotto l'influenza della cocaina. — Bleuler	1314

RIVISTA DI TERAPEUTICA.

Acetanilide (L') come calmante nei disturbi digestivi	Pap.	1499
Aldeide formica (Cura dei sudori notturni del tisi con le pennellazioni di). — Hirschfeld		1315
Acqua fluoroformizzata (Trattamento della tubercolosi mediante l'uso interno di)		983
Aneurismi (Trattamento deg.) con iniezioni sottocutanee di gelatina. Josef Sörgo		538
Anoselina (L') nella cura delle febbri da malaria. — De Renzi		980
Antiplirina (Sugli esantemi da) — Wechselsmann e Mibeli		302
Antomiossicazione (Sintomi di) in seguito all'uso di medicamenti cardiaci. — Riegel		207
Aria liquida (L') e il suo impiego in medicina e chirurgia — A. Campbell White		1194
Atropina (L') all'alta dose contro l'occlusione intestinale — Batsch		1316
Biacetato di morfina o eroina. — Dreser e Floret		759
Bicarbonato di soda (II) e l'ergotina nella cura della dissenteria. — Samtclough		1317
Caffelina (I pericoli della)		1102
Chinosolo (II) nella tubercolosi. — Macgregor		880
Cloralio (II) nella cura delle dispepsie nervose — O. Rosenbach		1103
Cloruro di calce (Bell'uso esterno della soluzione di) — P. Petit		655
Cura d'uva (Gli effetti e le indicazioni della). — Naquet		1100
Digitale (Indicazioni della). — Polain		308
Ergotina (L') nella malaria cronica. — Jacobi		658
Febbre malarica (Trattamento della) colle unzioni di creosoto. Fitzgerald		876
Ferratina (Sulla) Schiarimenti ed osservazioni. — Chirone		984
Formalina (Trattamento della iperidrosi dei piedi colli). — Gehrig		878
Gozzo esofagico (Trattamento del) mediante iniezioni di etere iodoformizzato nel parenchima del corpo tiroide		981
Guaiacolo (La somministrazione di alte dosi di) nella tisi. — J. E. Squire		1193
Hydrastis canadensis (Sull'azione dell') nel catarro bronchiale. — M. Sanguet		205
Idrorrea nasale (Trattamento dell') mediante l'uso interno di atropina associata a stricnina		985
Igazolo (L') nella cura della tubercolosi polmonare. — De Renzi		980
Iodipina (L') nell'asma bronchiale e nell'enfisema. — Frese		1102
Iodoformogeno (L'), preparato odore di iodoformio. — E. Kromayer		1199
Itilolo (L') nella tubercolosi polmonare. — W. Schiele		881
Lattolenna (L'azione fisiologica della). — Namirez		656
Lievito di birra (II) contro la foruncolosi. — L. Broca		757
Modificazione delle piughe coi cuscinetti alla naftalina		684
Metalli pesanti (Sul valore ematogeno dei) — F. Aperti		1318
Nirvanina (Circà il nuovo anestetico locale la). — Luxemburger		982
Nitrato d'argento (II) associato alla belladonna contro l'asma. — Gollonhov		1318
Ortoformio (L') come anestetico in iniezioni intramuscolari. — Loeb		760
Ossigeno (il valore del') nell'avvelenamento da morfina. — Playfair		206
Paraldeide (La) nell'asma. — A. Macgregor		875
Permanganato potassico (I clisteri di) nella dissenteria. — M. Gastinel		1099
Peronina (La) nuovo anestetico locale. — Bufalini		877
Peronina (La) Merck, nuovo sedativo. — M. Ebersson		758

Sciatica (Trattamento dell') colle iniezioni di glicero-fosfati alcalini. — R. Perez Valdes	Pag. 205
Scottature (Sul trattamento delle) specialmente mediante l'acido picrico. — Dakhyll	761
Soluzioni di gelatina (Applicazione delle) per favorire la coagulazione del sangue. — U. Arcangeli	660
Tintura di jodio (La) nella cura delle gastro-enteriti acute. — P. A. Bazine	203
Ticcolo (Valore del) nella tubercolosi. — Maranaldi	658
Trionale (Il). — Drows	860
Tripsina (Sull'azione della). — P. Cornet	544
Vanadio (Il) e i suoi composti	977

RIVISTA DI MEDICINA LEGALE

Anomalie di moto (Le) negli epilettici. — Prof. L. Roncoroni	Pag. 312
Atrofia muscolare in seguito a lesioni articolari e suo apprezzamento alla domanda al servizio militare e alla individualità. — Paalzow	1103
Epilessia (La) dal punto di vista clinico e medico legale. — G. Pell	206
Malattie alligiate o provocate (Le) nell'esercito francese durante l'anno 1896	661
Motilità (Circa un'esperienza in) e circa un disturbo della medesima nelle lombaggini e nella sciatica). — Minor	662
Simulatore smascherato coi raggi Rontgen. — Broehen	314
Simulazione di sordità bilaterale (Un nuovo metodo per sventare la). — O. Ostino	1104

RIVISTA DI TECNICA E SERVIZIO MEDICO MILITARE.

Alcune ferite di soldati spagnoli. — O. Elon	Pag. 891
Antisepsi in guerra (Sull'). — L. v. Lesser	882
Collegio medico di Edimburgo (Il) ed il servizio medico militare	316
Conferenza per il disarmo e Convenzione di Ginevra	542
Fori detonazioni d'artiglieria (L'influenza esercitata sull'orecchio dalle) — Miltor maggiore medico	884
Guerra ispano-americana (La) sotto il punto di vista medico e sanitario. — Carroll Dunham	212
Installazione e funzionamento del laboratorio di radiografia dell'ospedale militare a Val-de-Grâce — Applicazione dei raggi Rontgen alla chirurgia di guerra. — Ed. Loison	986
Materiale da medicatura (Criteri per la scelta e l'esame del). — Dott. Radestock, Stabsarzt in Dresda	1200
Raggi Rontgen (I) nella chirurgia militare. — Battersby	313
Servizio sanitario americano (Il) nella guerra ispano-americana	120
Sulla lotta dell'umanità contro gli orrori della guerra — Friedrich von Esmarch	762

RIVISTA D'IGIENE.

Acque potabili (La sterilizzazione delle) col perossido di cloro. — Berge	Pag. 328
Alcool (Azione dell') e suoi usi come alimento accessorio. — A. Lockhart	852
Alcool (Contributo allo studio della questione dell'). — Rossi	1120
Alcool (Influenza dell') sull'attività muscolare. — Destree	1323
Alcoolismo (La profilassi dell') nell'esercito. — Viry	896
Aldeide formica e sue applicazioni. — M. Wilmaers	666
Alimentazione (Principi fondamentali dell') dell'uomo sano e ammalato. — Reide	663
Bacilli tubercolari nel burro del commercio. — Lidia Rabinowitsch	893

<i>Bacillus graminearum</i> (N e la malattia da esso prodotta — Dott. Giovanni Montano	Pag. 554
Batteri (Sul trasporto dei per mezzo delle acque del sottosuolo. — Abba, Orlandi e Rondelli	781
Batteri termofili (studi sui). — Pretti	890
Bromo (Impiego della soluzione di) come deodorante	446
Data d'incorporazione (Sul a) del contingente. — Leon Cobb	317
Disinfezione delle camere (Sul), coi vapori di formaldeide. — A. W. Fairbanks	777
Disinfezione degli ambienti (Ancor, sulla) colla formaldeide. — Abba e Rondelli	1004
Fagedenismo (Il) dei paesi caldi — La Bante	773
Calce (Dell'influenza antimalarica della). — Grollet	1325
Germi patogeni (Morte del) nel letama. — Gaerluer	1006
Gonocoea (Sul l'importanza della ricerca del per la profilassi della) leucorrhoea — Ziroli	892
Idrologia, chimica e geologia medica (V. Congresso internazionale d') di Liegi	779
Immunizzazione (Studi sulla). — A. Becker, Clambon e Menard	553
Infezione (Sulla trasmissione per la via rettale dell') col bulbo dei termometri. — Pescarolo e Bormuas	777
Laboratori di batteriologia (Precauzioni da prendersi nei)	668
Malaria (Prima relazione annuale fatta nella prima adunanza della Società italiana per gli studi della) — Celli	217
Malaria (Relazione della spedizione scientifica in Italia per la ricerca sulla). — Koch	319
Malaria (sui parassiti della). — Dott. Hans. Ziemann	770
Malaria (sull' sviluppo del parassita della). Relazione sull'operato della spedizione scientifica per la malaria. — Koch	1103
Malaria (I nuovi studi sulla). — Fatti clinici e sperimentali intorno al potere, che hanno determinate specie di zanzare, di inoculare i parassiti malarici.	435
Mosche (L'importanza relativa delle e dell'acqua nello sviluppo delle malattie contagiose. — M. A. Yador	330
Pareti delle case (che) considerate come mezzi di conservazione e di propagazione dei germi patogeni. — Dott. Vito Lo Bosco	669
Pavimenti (Sul trattamento igienico dei) — Vallin	4321
Peramonde. — Oster	671
Peste bubbonica (Azione degli antisettici sul bacillo della) e disinfezione degli oggetti e dei locali contaminati dalla peste. — Schultz N.	767
Peste bubbonica (Difesa dell'Europa contro la). — Proust	768
Polvere delle caserme (della virulenza dell') e specialmente del loro contenuto in bacilli tubercolari. — Dousson e Braun	891
Polveri (le) e caserme (della virulenza delle) specialmente del loro contenuto in bacilli tubercolari. — Kelsch, Dousson e Braun	327
Scrofola e tubercolosi (Sui rapporti tra) — Muzio	1007
Siero del latte (Nuovo contributo intorno all'efficacia del, contro la pustola del carbonchio ematico — Gutierrez	885
Sifilide (Una questione importante nella profilassi della). — G. Franceschini, direttore del dispensario celtico di Vicenza	993
Sputi (Sulla disinfezione degli). — Dott. Ottolenghi	1231
Teoria zanzare-malaria (La). — Dott. Nuttall	1204
Tubercolosi (La) nella razza nera. — Faison	889
Tubercolosi (Progetto di un ospedale per) e di un sanatorio popolare. — Pastorello	325
Vaccinazione (Ancora sulla)	337

Vaccinazione (La) nell'esercito e l'antivaccinismo. — R. Livi	Pag. 549
Vampiro (Relazione intorno agli studi sul) fatti da F. Sanfelice e da V. E. Malato. — G. Pinna	550
Virus pneumonico (Sulla resistenza del) negli sputi — Spolverini	1325
Zanzare (Venti specie di) (Culicidae) italiane, classate, descritte e indicate secondo la loro distribuzione geografica — Ficalbi	1319

NOTIZIE

Farmacopea Internazionale.	Pag. 335
Inchiesta rinologica	781
Nomina onorifica	560
Nuovo giornale	223
Onoranze a Morgagni	Pag. 324 e 896

RIVISTA BIBLIOGRAFICA.

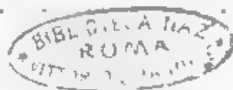
Chirurgia renale. — D. Giordano	Pag. 220
Compendio di oftalmologia ad uso degli studenti e dei medici pratici. — Pasquale Sgroso	333
Contributo allo studio dell'isterismo - Sua natura - Caratteri differenziali - Cura. — F. Bulgarini	672
Formulario terapeutico per medici chirurghi pratici. — Gino Frascani	556
Il servizio sanitario della Croce Rossa Italiana in soccorso ai prigionieri della battaglia di Adua. — Lincoln De Castro	334
Le nevrosi rispetto all'esercito ed alla giustizia militare. — L. Scarano	894
Manuale pratico di medicina legale militare. — C. Quinzio	446
Manuale di opoterapia. — Eugenio Paoz	783
Manuale del portafarbi. Soccorso d'urgenza e trasporti. — V. Frascchetti	1008
Note ed appunti di rinologia - La sordità dei cannonieri - Une nouvelle méthode d'auscultation auriculaire pour le diagnostic des mastoïdites centrales. — Ostino	556
Rivista sanitaria delle armate e degli eserciti delle principali nazioni d'Europa. — A. Zeri	219
Studi comp. ut. nel 'stituto zoologico dell'università di Roma e lavori pubblicati dall'anno 1885 al 1897. — A. Carruccio	447

CONGRESSI

Concorso al premio Riberi	Pag. 323
XIII Congresso internazionale di medicina	1326

NECROLOGIE.

Borone, maggior generale medico	Pag. 336
Uli di, colonnello medico	559
Regis Stefano, maggiore generale medico	1333
Struti, tenente medico	559
Vinai, colonnello medico	558



ELENCO

DEI

lavori scientifici pervenuti all'Ispettorato di sanità militare durante l'anno 1899



- Amato Nicola**, tenente medico — Appendicite. — Sua cura chirurgica.
- Amenta Antonino**, sottotenente medico — Le recenti applicazioni della radiografia e della radioscopia alla diagnosi e alla terapia medico chirurgica.
- Arpini Erminio**, sottotenente medico. — Un caso di influenza a forma nervosa.
- Azzarello Giuseppe**, sottotenente medico — La tifenorrigia, la sua patogenesi e la sua terapia.
- Baldassarre cav. Geremia**, maggiore medico. — Un'operazione chirurgica iniziata con la dissezione di un tumore e terminata con l'amputazione della rosolia.
- Barbatelli cav. Ettore**, maggiore medico. — Un caso di ferita d'arma da fuoco con frattura comminativa dell'omero destro, seguita da gangrena.
- Barbatelli cav. Ettore**, maggiore medico. — Resoconto clinico di 45 operazioni di ernia inguinale eseguite nell'ospedale militare di Bologna nell'anno 1898.
- Barbatelli cav. Ettore**, maggiore medico. — La tubercolosi delle ossa e l'intervento chirurgico.
- Basso Mario**, sottotenente medico. — Su di un caso di lesione traumatica al palmo della mano per scoppio d'arma da fuoco.
- Bruni Attilio**, capitano medico. — Asepsi e antisepsi nella chirurgia operativa di Pavia.
- Claps Antonio**, tenente medico. — Un caso di ernia diaframmatica in un soldato qua e conseguenza di antica ferita del diaframma.
- Cametti cav. Silvio**, maggiore medico. — Tre casi di calcolosi vescicale operati di cistostomia sopra pubica.
- Campiti Francesco**, sottotenente medico. — Via d'ingresso e mezzi di diffusione del bacillo tubercolare.
- Ciccimessere Pasquale**, sottotenente medico. — Resoconto statistico e clinico del reparto medicina e del reparto ufficiali dell'ospedale militare di Bari durante i mesi di novembre e dicembre 1898.
- Ciccimessere Pasquale**, sottotenente medico. — Resoconto statistico e clinico dal 1° gennaio al 31 maggio 1899 del reparto venerei dell'ospedale militare di Bari.
- De Rosa Michele**, capitano medico. — Le vegetazioni adenoidi del rino firute in relazione al servizio militare.
- Fazio Gaetano**, tenente medico. — Valore clinico della curva termica e della reazione in alcune febbri a forma tifosa.
- Fera Francesco**, sottotenente medico. — Su di un caso di itenia gastrica.
- Fusilli Gaetano**, sottotenente medico. — L'alessa considerata allo stato di nevrosi e di frenosi e nei suoi rapporti colla medicina legale civile e militare.
- Gherzi Lorenzo**, sottotenente medico. — Sull'eruzione eruttiva e suo metodo operativo.
- Giannelli Alessandro**, sottotenente medico. — Intorno agli ultimi studi sul tetano.
- Grande Francesco**, sottotenente medico di complemento. — Su di un caso di mielite dorsale triviale.

- Grimaldi Michele**, sottotenente medico. — Un caso di gono-artrite reumatica.
- Grimaldi Michele**, sottotenente medico. — Importanza dell'epitelio intestinale nell'assorbimento dei peptoni.
- Grixoni Giovanni**, tenente medico. — Su di un caso di strappamento del tendine rotuleo.
- Iandoli cav. Costantino**, tenente colonnello medico. — Di alcuni criteri diagnostici per differenziare delle lesioni anatomiche intraoculari.
- Lanza Tommaso**, tenente medico. — La cura rapida della fistola anale.
- Leone Salvatore**, sottotenente medico. — Su di un caso di sarcoma del ginocchio.
- Leone Salvatore**, sottotenente medico. — Un errore di diagnosi.
- Lo Cacciatore Vincenzo**, sottotenente medico. — Risultati avuti in tre malati di tife dorsale trattati colla cura meccanica del Frankel.
- Luciani Lavinio**, tenente medico. — Un caso d'ittero grave.
- Luisada Ezio**, sottotenente medico. — Contributo allo studio delle miopatie primitive progressive.
- Marafioti Pasquale**, sottotenente medico. — Un caso di peritonite tubercolare conseguente a pleurite.
- Martinoli dott. Alfonso**. — Sui tumori fantasmi dell'addome.
- Massaglia Giovanni**, sottotenente medico. — Sulla cura radicale della ipertrofia prostatica per mezzo del taglio del dotto deferente.
- Maxzei cav. Giovanni**, capitano medico. — Servizio ferroviario sanitario in guerra.
- Maxzone Federico**, sottotenente medico di complemento. — Rara anomalia del muscolo flessore superficiale comune delle dita.
- Messanelli Donato**, sottotenente medico. — Reparto medicina. — Resoconto del I trimestre settembre e ottobre.
- Messina Salvatore**, sottotenente medico. — Sulla tubercolosi del testicolo.
- Nicola Salvatore**, tenente medico. — Dei colpi di calore a Sabarguma.
- Moscati Tommaso**, sottotenente medico. — Un caso di paralisi radiale.
- Orrù Raffaele**, maggiore medico. — Rendiconto della epidemia di tifo durante il 2° semestre 1895 nello spedale di Piacenza.
- Pascale Alberto**, capitano medico. — La cecità per i colori.
- Pennetta Mario**, sottotenente medico. — Neoformazione endo-cranica.
- Pernassi Antonio**, capitano medico. — Nuova interpretazione patogenetica dell'ipertrofia prostatica.
- Petroni Andrea**, tenente medico. — Un caso di determinismo ambulatorio d'iodole epilettoide.
- Rossi Alfredo**, capitano medico. — Alcune considerazioni sopra un caso di meningite a rapido decorso letale.
- Rugani Luigi**, tenente medico. — La trombosi venosa nell'infezione tifica consociata a malaria.
- Tibiletti Carlo**, sottotenente medico. — Intorno ad un caso di paralisi multipla e recidivante dei muscoli oculo-motori.
- Vinci Angelo**, tenente medico. — Storia clinica di un caso di frattura comminativa.
- Vinci Francesco**, tenente medico. — Su di un caso clinico di meningite.
- Volpe Maxzini**, sottotenente medico. — Un caso di costole congenitamente incomplete con pneumocele. Contributo alla toraco-teratogenesi.
- Volpe Michele**, sottotenente medico. — Su di un caso importante di sclerosi dei cordoni posteriori.

Thirlar. — Dell'impiego dell'ossigeno in chirurgia	Pag. 1301
Pluder. — Disturbi psichici dopo le operazioni sull'apofisi mastoidea	1302
Nélaton. — Resezione dell'anca nelle coxiti	1302
Berndt. — Sull'applicazione dell'anestesia locale nelle grandi operazioni delle estremità	1303

RIVISTA DI OCULISTICA.

Caley. — Sugli ottotipi	Pag. 1304
Graut. — Tubercolosi e sifilide dell'occhio	1305
Ocana. — Glaucoma e suo trattamento	1307
Sousdolski. — Trattamento delle congiuntiviti subacute col metodo di Briard preceduto dalle polverizzazioni d'una soluzione di acido borico sulle palpebre	1308
Schultz. — Contributo clinico alla cheratite purulenta	1309

RIVISTA DELLE MALATTIE VENEREE E DELLA PELLE.

Andriani. — Sul gonococco di Neisser - Nuovo terreno di coltura	Pag. 1310
Aimkvist. — Un caso di flemmone di origine blenorragica	1312
Isambart. — Operazione dei filmosi senza circoncisione	1313
Bleuler. — Regressione rapida dello zona sotto l'influenza della caina	1314

RIVISTA DI TERAPEUTICA.

Hirschfeld. — Cura dei sudori notturni dei tisiaci con le pennellazioni di aldeide formica	Pag. 1315
Batsch. — L'atropina ad alta dose contro l'occlusione intestinale	1316
Santohek. — Il bicarbonato di soda e l'ergotina nella cura della dissenteria	1317
Golanbov. — Il nitrato d'argento associato alla belladonna contro l'asma	1318
Aporti. — Sul valore ematogeno dei metalli pesanti	1318

RIVISTA D'IGIENE.

Ficalbi. — Venti specie di zanzare (Culicidae) italiane, classate, descritte e indicate secondo la loro distribuzione corografica	Pag. 1319
Rossi. — Contributo allo studio della questione dell'alcool	1320
Vallin. — Sul trattamento igienico dei pavimenti	1321
Destrée. — Influenza dell'alcool sull'attività muscolare	1324
Grellat. — Dell'influenza antimalarica della calce	1325
Spolverini. — Sulla resistenza del virus pneumonico negli sputi	1325

CONGRESSI.

XIII Congresso internazionale di medicina, Parigi 2-9 agosto 1900	Pag. 1326
Indice generale delle materie per l'anno 1899	Pag. 1329
Elenco dei lavori scientifici pervenuti all'Ispettorato di sanità militare durante l'anno 1899	Pag. 1343

GIORNALE MEDICO DEL REGIO ESERCITO

Direzione e Amministrazione: presso l'ispettorato di Sanità Militare
Via Venti Settembre (Palazzo del Ministero della guerra)

CONDIZIONI DI ABBONAMENTO.

Il *Giornale Medico del R. Esercito* si pubblica l'ultimo giorno di ciascun mese in fascicoli di 7 fogli di stampa.

L'abbonamento è sempre annuo e decorre dal 1° gennaio.

Il prezzo dell'abbonamento è:

Per l'Italia e la Colonia Eritrea	L. 12
Per l'Estero	» 15
Un fascicolo separato costa	» 1,25

L'abbonamento non disdetto prima del 1° dicembre s'intende rinnovato per l'anno successivo.

I signori abbonati militari in effettività di servizio possono pagare l'importo dell'abbonamento per mezzo dei rispettivi comandanti di corpo (anche a rate mensili).

Le spese per gli estratti e quelle per le tavole litografiche, fotografiche, ecc., che accompagnassero le memorie, sono a carico degli autori.

Gli estratti costano L. 7 per ogni foglio di stampa (16 pagine), o frazione indivisibile di foglio, e per cento esemplari. Il prezzo è eguale sia che si tratti di 100 esemplari o di un numero minore.

I manoscritti non si restituiscono.

LE OPERAZIONI PIÙ FREQUENTI NELLA CHIRURGIA DI GUERRA

RICORDI DI ANATOMIA APPLICATA E DI TECNICA OPERATIVA

DEL

Ten. col. medico P. IMBRIACO

Incaricato dell'insegnamento della Chirurgia di guerra alla scuola d'applicazione di sanità militare

Opera giudicata assai favorevolmente da molti giornali medici italiani e stranieri e reputata utilissima non solo agli ufficiali medici del R. Esercito e della R. Marina, ma anche agli studenti e ad ogni medico pratico.

È un volume di 477 pagine con 162 figure intercalate nel testo.

Vendesi al prezzo di Lire 9 (8 per gli ufficiali medici) franco di porto, presso la Tipografia Cooperativa Editrice, Via Pietrapiana, N. 46, Firenze. — Presso la libreria B. Seeber, Via Tornabuoni, N. 20, Firenze, e presso tutti i principali librai.

